

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉMOSPERMIE

ET DES ÉJACULATIONS SANGLANTES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907

PAR

Jean-Claire-Barthélémy LAPEYRÈRE

Né à Castets (Landes), le 28 septembre 1881.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON,	profes ^r adjoint	Président.
		MOUSSOUS,	professeur.....	} Juges.
		BÉGOUIN,	agrégé.....	
		CRUCHET,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉMOSPERMIE

ET DES ÉJACULATIONS SANGLANTES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907

PAR

Jean-Clair-Barthélémy LAPEYRÈRE

Né à Castets (Landes), le 28 septembre 1881.

Examinateurs de la Thèse

{	MM. POUSSON,	profes ^r adjoint	<i>Président.</i>
	MOUSSOUS,	professeur.....	
	BÉGOUIN,	agrégé.....	<i>Juges.</i>
	CRUCHET,	agrégé.....	

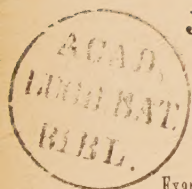
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

47, RUE POQUELIN-MOLIERE, 47

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } MASSE..... }		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne	{ PICOT. PITRES.	Physique biologique et élec- tricité médicale	BERGONNÉ.
Clinique externe	{ DEMONS. LANELONGUE.	Chimie	BLAREZ.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	LEFOUR.	Médecine expérimentale ...	FERRÉ.
Anatomie pathologique.	COÛNE.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique...	BOURSIER.
Physiologie	JOLYET.	Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Hygiène	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGÉS.
Médecine légale	L. LANDE.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR. CABANNES.		MM. VERGER. ABADIE.		M. CRUCHET.
---------------------------	--	------------------------	--	-------------

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.. {	MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements.... {	MM. ANDÉRODIAS. PERY.
------------------------	----------------------------------	---------------------	--------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	{ MM. GENTES. CAVALIÉ.	Histoire naturelle..... {	MM. BEILLE. MANDOUL.
Physiologie	GAUTRELET.		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	M. BENECH.		Pharmacie..... {	MM. BARTHE. LABAT.
--------------	------------	--	------------------	-----------------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

*Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du Cours de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉMOSPERMIE

ET DES ÉJACULATIONS SANGLANTES

L'hémospermie (αιμα, sang ; σπερμα, semence) est un symptôme caractérisé par le mélange, sous l'influence de causes diverses, de sang et de liquide spermatique dont la couleur normale se trouve ainsi modifiée ; on l'appelle encore *hematospermie*, *spermatorragie* ; *éjaculation sanglante* ou *sanguinolente*, *rouillée*, *hématique* ; c'est l'*hematuria ejaculatoria*, *seminalis*, *hemorrhagia seminalis*, *spermatocystidorrhagie* des vieux auteurs.

Les écoulements de sang revêtent en général aux yeux des personnes non prévenues une importance moins en rapport souvent avec leur abondance qu'avec leur origine, surtout quand à l'inattendu se joint la rareté du phénomène ; aussi les manifestations pathologiques qui se caractérisent par des pertes séminales colorées ou des éjaculations plus ou moins sanglantes, impressionnent et inquiètent vivement le malade ; elles lui

laissent l'anxiété de futurs accidents plus ou moins étranges et la conviction d'une issue certainement fatale. Peut-être s'y mêle-t-il un sentiment de stupéfaction en présence d'un fait anormal qui a pour siège une telle partie du corps humain et ce sentiment pourrait bien être comme l'écho lointain de l'importance que les peuples primitifs attribuaient aux organes qui président à l'acte mystérieux de la génération. C'est là d'ailleurs une vieille remarque brillamment développée par Diday (Assoc. pour l'avancement des sciences, Lyon) que l'homme est très impressionné par toutes les affections qui entraînent une menace contre sa virilité.

Une telle appréhension est-elle raisonnable et les malades ont-ils sujet de s'alarmer? Nous ne le pensons pas, car jamais dans les observations que nous avons eues à analyser ni dans les cas qu'il nous a été donné d'étudier, nous n'avons constaté que ce symptôme ait marqué l'aggravation ou la marche en avant du processus morbide qui lui a donné naissance.

De longtemps on a noté des cas d'hémospermie, et c'est à leur sujet que l'imagination des malades, et celle des médecins jusqu'en ces derniers temps, s'est donné carrière; aussi, sans faire état de ce qu'on trouve chez les écrivains plus licencieux que scientifiques et pour lesquels ils apparaissent comme le terme suprême d'une volupté inassouvie, nous plaçant au point de vue seulement médical, nous retiendrons les faits et les observations qui nous ont paru revêtir les caractères de la plus absolue authenticité, et chaque fois qu'il se présentera une occasion d'enregistrer l'opinion d'un auteur ou de faire appel à son autorité, ce ne sera qu'après constatation et vérification des textes qui nous auront fourni le renseignement.

Prendre l'hémospermie au sens strict du mot serait faire une étude incomplète, car le foyer hémorragique n'a pas un lieu spécial d'élection et si, comme nous essayerons de le démontrer, il occupe toujours un même point des voies spermatiques, il peut être disséminé dans diverses parties des voies urinaires; dans son parcours, le sperme balaye ou entraîne avec lui le sang extravasé qu'il rencontre sur son passage.

Le liquide sanglant qui s'écoule par le méat urinaire peut être fourni par du sang mélangé avec un ou plusieurs des éléments du sperme normal ; le liquide prostatique, par exemple, peut s'écouler mélangé seul avec le sang, et il conviendrait de désigner sous le nom d'hémoprostatorrhée cette particularité d'une des affections de la prostate, pour la distinguer de l'hémospermie vraie, avec laquelle elle peut d'ailleurs coexister.

Les rapports que présentent entre eux la prostate et les vésicules séminales sont à ce point étroits, qu'il est peut-être sans exemple que l'inflammation de l'une de ces parties demeure sans retentissement sur l'autre et, par suite, quand nous nous trouvons en présence d'un liquide sanglant émis par les organes génitaux, nous pouvons dire qu'il est souvent délicat de spécifier si c'est de l'urèthre, de la prostate ou des vésicules séminales que provient le sang, et, de même qu'il est facile de confondre, par exemple, et en apparence du moins, la spermatorrhée avec la prostatorrhée, les auteurs ont facilement confondu l'hémospermie avec l'hémoprostatorrhée.

Nous sommes donc amené à considérer comme hémospermie vraie, ou plus simplement hémospermie, le mélange avec le sperme de sang provenant des vésicules séminales ; mais comme pour Feléki, Guelliot, Lansac, entre autres, le vocable de fausse hémospermie s'appliquerait aussi, pour nous, aussi bien à l'hémoprostatorrhée qu'à l'éjaculation du sang provenant des voies urinaires, avec addition des autres éléments du sperme.

En un mot, l'hémospermie vraie se différencierait de la fausse hémospermie en ce que, pour la première seule, l'hémorrhagie proviendrait des vésicules séminales ; et même, dans les cas d'hémospermie avec épидидymite ou orchite, par exemple, nous avons encore une hémospermie vraie, car une vésiculite, presque à coup sûr, a précédé ou suivi ces affections.

Nous ajouterons enfin que l'hémospermie n'est pas un symptôme propre seulement à l'espèce humaine ; nous pensons qu'il peut survenir chez tous les animaux porteurs de vésicules séminales, de prostate ou de glandes qui en jouent le rôle. M. Tempere, préparateur micrographe, a bien voulu nous céder une

préparation d'hémospermie chez le lapin, qui fut faite plus par curiosité scientifique que pour étudier l'hémospermie qu'on ne soupçonnait pas ici, et nous relatons plus loin l'observation, malheureusement fort incomplète, à laquelle elle donna lieu.

Nous avions espéré pouvoir faire, en passant, une étude comparative de l'hémospermie chez les animaux domestiques et chez l'homme. Les directeurs de chacune des deux écoles vétérinaires d'Alfort et de Toulouse, M. Barrière et M. Neuman, à qui nous nous étions adressé, nous ont obligeamment fait part de leurs regrets de manquer de documents sur la question; et, de fait, les publications vétérinaires que nous avons consultées ou fait consulter sont à peu près muettes sur la question; nous avons pu seulement relever sur une d'elles la mention que la spermatorrhée peut devenir sanglante en s'aggravant, et aussi que chez les chevaux, les étalons surmenés peuvent émettre du sperme plus ou moins sanglant. M. Neuman, consulté, nous fit l'honneur de nous répondre : « Je ne sais où l'auteur de l'article a tiré ce qu'il a dit touchant les chevaux. C'est probablement de quelque ancien hippiatre ou d'un bouquin de vulgarisation; mais, jusqu'à preuve du contraire, cela ne compte évidemment pas ».

Il nous semble utile d'indiquer ici les étapes qui vont marquer ce travail. Après un historique de la question viendra l'anatomie descriptive et topographique de la région d'où le symptôme tire son origine, et plus particulièrement de la prostate et des vésicules séminales. Ensuite nous passerons à l'étude du liquide hémospermique, puis à l'étiologie symptomatique et enfin au pronostic suivi du traitement.

Mais avant d'aller plus loin, nous voulons exprimer à M. le professeur Pousson toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant le temps que nous avons passé dans son service à l'hôpital du Tondu, et qu'il veut bien nous continuer en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous lui adressons nos respectueux remerciements.

Nous nous souviendrons toujours de nos relations avec M. Orai-

son, chef de clinique des maladies des voies urinaires, qui nous a donné l'idée première de ce travail et qui nous a aidé de ses conseils. Nous sommes heureux de saisir l'occasion que nous offre cette thèse pour lui dire le très sincère témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de notre inaltérable amitié.

Nous n'aurions garde d'oublier notre compatriote, M. le professeur agrégé Gentes, qui fut pour nous, non pas seulement un maître, mais un ami, à l'obligeance duquel nous eûmes souvent recours, qu'il veuille accepter ici le témoignage de notre profonde sympathie.

L'hémospermie était connue des anciens : ce phénomène était d'ailleurs trop singulier pour qu'il pût passer inaperçu. Ainsi nous lisons dans les livres de la doctrine hippocratique : « *Les testicules sont rétractés, une douleur ardente se porte de la vessie vers l'anus, l'urine est épaissie comme dans l'hydropisie, les cheveux tombent de la tête, les pieds sont toujours froids ainsi que les cuisses ; souvent aussi la semence s'échappe pendant le sommeil ; celle qui est rendue pendant le coït est sanguinolente ou brunâtre* ».

Sans vouloir faire l'étiologie de la question que nous nous proposons d'étudier, on serait en droit de conclure qu'Hippocrate faisait, à juste titre, de l'hémospermie un symptôme et non pas une entité morbide, et que, dans la maladie à laquelle se rapporte la citation, peut-être la vésiculite aiguë, il fait la distinction entre le sperme émis par pollution nocturne et celui qui est éjaculé pendant le coït, c'est-à-dire au moment où l'état congestif des organes génitaux est à son summum d'intensité ; ce dernier seul serait sanglant.

Beaucoup plus tard, Ambroise Paré écrit à propos de ce symptôme, qui pour lui semble résulter d'un excès de coït : « *Neantmoins tout cela il y a des hommes qui usent intempé- tivement du coït pour l'appetence excitée par la memoire du plaisir et de la volupté, et n'étant retenue de la ratiocination enflamme et allume le sang et les espritz, lesquels eschauffez excitent le plaisir lubrique, tellement que plusieurs en usent immoderement, tres souvent au lieu de semence iettent une humeur demy-cuit et sanguinolente, voire le sang tout pur dont la mort s'ensuit* ».

Dans sa *Nosologia methodica*, Sauvages lui donne le nom d'*hematuria ejaculatoria*, et il l'attribue aux excès vénériens, à

la continence et à la blennorrhagie « *Est ejaculatio cruenta loco seminis, quæ juvenibus, venere effreni repetito utentibus familiaris; sed etiam observata est in vivo, raro venerem exercente, sed prius gonorrhæam experto; initio non mictus erat cruentus, sed sanguinis erat ejaculatio* ».

En 1818, Lagneau, dans son *Exposé des symptômes de la maladie vénérienne*, lui donne le nom de spermatorragie; elle est indiquée par Choppart en 1821, et une sérieuse étude en est faite par Deslande en 1835, par Davy en 1838, dans *The Edinburgh medical and surgery journal*.

En 1840, Faye, médecin de l'armée de Norvège, fait paraître *Dissertatio de vesiculis seminalibus*; l'année suivante, il en donne une seconde partie; pour lui, les éjaculations sanglantes sont dues à l'inflammation des vésicules séminales. Civiale, dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1841, parle de ce symptôme au chapitre des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs.

Lallemand en fait mention dans son ouvrage *Des pertes séminales involontaires*, et insiste sur la masturbation comme cause première d'hémospermie. Leroy d'Etiolles, dans *Des angusties ou rétrécissements de l'urèthre*, en parle aussi et fait du rétrécissement la cause de l'hémospermie.

Gosselin, dans *Nouvelles études sur l'oblitération des voies spermatiques* (Archives de médecine), signale l'abondance des globules sanguins dans le sperme. Curling, *Traité pratique des maladies du testicule*, 1857, fait observer que, dans les cas graves d'inflammation des testicules et du cordon spermatique, le sperme est mélangé de pus et de sang.

En 1859 parut la thèse de E. Rapin, *De l'inflammation des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs*, Strasbourg. Dans ce travail, l'auteur ne considère plus l'hémospermie comme une curiosité médicale, aussi en fait-il une étude sérieusement approfondie. Cullerier, 1861, en fait mention dans *Précis iconographique des maladies vénériennes*. W. Acton, *Fonctions et désordres des organes de la génération*, 1866, énumérant les causes qui lui donnent naissance, y comprend les excès véné-

riens et les uréthrites simples inflammatoires. Dolbeau, *Leçons cliniques chirurgicales professées à l'Hôtel-Dieu*, 1869, croit que les orchites blennorrhagiques pourraient parfois être la cause d'éjaculations sanglantes et qu'elles seraient un symptôme prémonitoire de guérison.

Humphy, *Affections of the visiculæ seminalis*, 1871; Kocher, *Frankheiten der Samenblasen*, 1871-1875; Delfeau, *Manuel complet des maladies des voies urinaires, et des organes génitaux*, 1880, signalent plusieurs fois ce symptôme dans les cas de vésiculite blennorrhagique. Demarquay, Des éjaculations sanglantes, *Gazette des hôpitaux*, 1865, en avait fait une étude. Guelliot, *Des vésicules séminales*, 1883; Lansac, *Recherches sur l'hémospermie*, thèse de Paris, 1887, montrent ce symptôme sous un jour nouveau et en font une étude rationnelle.

Peebles, en Amérique, *A monorchide with red semen*, 1890; Hughes, en France, Pathogénie de l'hémospermie, dans *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1894; Cantaloupo, en Italie, Sull'emospermia non infiamatoria, dans les *Archives internationales de médecine et de chirurgie*, Naples, 1897, attirent notre attention sur l'étiologie de ces éjaculations. Chute, Hemospermia with report of a case, *Medical Record*, New-York, 1903, publie une intéressante observation d'hémospermie chez un hémophile. Enfin en mentionnant le travail de E. Wood-Ruggles, *Hemospermia*, paru à New-York en février 1907, nous terminerons la liste des ouvrages pouvant fournir des indications ou des renseignements sur la matière de notre sujet.

Avant d'aborder la partie médicale de l'hémospermie, il nous paraît nécessaire d'esquisser dans les grandes lignes le terrain sur lequel elle évolue ; et nous prions ceux qui nous liront de ne pas voir ici le désir de prétendre à une érudition facile, ou de montrer des aperçus nouveaux sur un sujet connu ; nous n'ignorons pas que nous avons plus à apprendre d'eux que nous ne saurions leur enseigner.

L'appareil génital de l'homme se compose essentiellement de deux parties, l'une comprenant les organes servant à l'élaboration et à la conservation des liquides fécondants, l'autre les organes de l'accouplement.

Ceux de la première partie sont doubles : les testicules, organes glandulaires, sont les élaborateurs du sperme ; celui-ci est déversé dans de longs conduits qui prennent successivement le nom de canaux déférents, et de canaux éjaculateurs, entre lesquels sont branchées les vésicules séminales ; les canaux éjaculateurs débouchent dans l'urèthre, ou conduit uro-génital ; celui-ci, impair et médian, reçoit donc le produit de chacun des deux testicules.

La seconde partie comprend la région extra-pelvienne de l'urèthre, ensemble de tissus spongieux et érectiles, qui, avec le bulbe et le gland, forment la verge.

Aux organes précités viennent s'ajouter à titre d'annexe : d'abord un système d'enveloppes concentriques qui, sous le nom de bourses, entourent le testicule ; ensuite un certain nombre de glandes qui, se trouvant sur le trajet de l'urèthre, ajoutent leur produit à celui des testicules.

L'urèthre forme un conduit qui va de la vessie au méat urinaire. On l'a divisé en trois parties dont la première, aussi la plus longue, commence au méat, elle est spongieuse ; la seconde

est membraneuse, et la région prostatique, différemment constituée, est la dernière.

Dans les deux premières parties viennent déboucher de nombreuses glandes, telles les sinus de Morgagni, les glandes de Cooper ou de Méry et celles de Littre.

Pour qu'on puisse bien saisir le processus de l'infection de la prostate et des vésicules séminales, nous estimons nécessaire de nous étendre un peu à leur sujet et sur la région qu'elles comprennent, dont fait essentiellement partie l'urèthre prostatique.

La prostate est un organe dur, en majeure partie de nature glandulaire, et qui se développe autour de la portion arrière de l'urèthre ; impaire et médiane, elle est profondément située dans l'excavation pelvienne à la partie inférieure du col vésical qu'elle embrasse, en avant du rectum au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, en arrière et au-dessous du pubis ; sa longueur est d'environ 3 centimètres, son épaisseur de 13 à 15 millimètres, sa largeur à la base d'un peu plus de 3 centimètres et d'un peu moins de 2 à la pointe.

Sa forme est celle d'un prisme pyramidal ou mieux celle d'un cône très ramassé, à base regardant en haut du côté de la vessie ; sa couleur est fauve roussâtre.

L'urèthre et les deux canaux éjaculateurs la traversent ; largement ouverte à l'arrière, elle se trouve, ainsi que nous venons de le dire, en rapport immédiat avec le col de la vessie, les canaux déférents s'y ouvrent aussi presque au point de leur embranchement avec les vésicules séminales.

Elle est constituée par deux éléments bien distincts ; un stroma de plus de un demi-centimètre d'épaisseur, très adhérent, formé de fibres lamineuses, et qui représente comme une sorte de coque extérieure, dans l'intérieur de laquelle se trouve une multitude de canaux veineux, plus ou moins anastomosés en plexus. Des cloisons circonscrivent entre elles un certain nombre de loges, qui renferment les éléments glandulaires, d'où les conduits sécréteurs partent en direction oblique vers la muqueuse uréthrale à la surface libre de laquelle ils viennent s'ouvrir par de petits orifices circulaires.

A son intérieur, au-devant du col de la vessie, se voit une saillie allongée en crête saillante, le veru montanum ; le sommet du veru présente une fente relativement minime qui se continue par un petit canal terminé en cul-de-sac formant l'utricule prostatique désigné aussi sous le nom d'utérus mâle. De chaque côté de la fente utriculaire sont deux petits orifices, les ouvertures des canaux éjaculateurs. A noter encore qu'une partie des canaux excréteurs de la prostate s'ouvrent aussi sur le veru montanum, et qu'en avant de lui, sur la surface interne de l'urèthre qui répond au bulbe, s'ouvrent les conduits des glandes de Cowper.

Les artères destinées à la prostate viennent des vésicales inférieures et des hémorroïdales moyennes. La prostate avec son riche plexus veineux baigne « dans un lac sanguin » : le plexus périprostatique auquel aboutissent les veines de la verge, de la prostate, du col vésical et des vésicules séminales, offre des connexions intimes avec le plexus de Santorini en avant, avec le plexus hémorroïdal en arrière. Tous ces systèmes veineux, qui, suivant la pittoresque expression de Hodge, « logent sur le même palier », sont solidaires les uns des autres et toute influence qui agit sur l'un retentit nécessairement sur l'autre.

Les lymphatiques de la prostate sont très nombreux, les uns se rendent à un ganglion situé entre le trou sus-pubien et la partie correspondante du détroit supérieur : deux autres se dirigent transversalement en dehors et se terminent dans un autre ganglion situé sur les parties latérales et inférieures de l'excavation.

Chez le vieillard, l'état vasculaire de la prostate est assez étrange, elle présente une abondance de vaisseaux absolument remarquable : ils existent dans la zone péri-urétrale, et on trouve dans les travées glandulaires quatre ou cinq artères juxtaposées, avec dans leurs voisinages des veines très volumineuses. « Les artérioles sont toutes entourées d'un anneau fibreux très épais présentant toutes les lésions de l'endarterite » (Lannois). Cependant dans son *Précis des maladies des voies urinaires*, le professeur Pousson dit que les lésions artérielles

d'endopériartérite dans l'hypertrophie de la prostate sont rares.

Les vésicules séminales, au nombre de deux, sont des réservoirs où s'accumule le sperme à mesure qu'il arrive du canal déférent, et qui, se vidant au moment de l'éjaculation, permettent à l'homme d'en rejeter une certaine quantité; elles manquent chez quelques animaux, le chien par exemple, et c'est pour cette raison que le sperme ne pouvant s'accumuler que dans toute la longueur du canal déférent, l'éjaculation a lieu si lentement, que le contact du mâle et de la femelle se prolonge pendant un temps assez long.

Placées entre le rectum et la vessie tout en arrière de la prostate, elles sont allongées, pyriformes; leur base est dirigée en haut en arrière, et leur pointe en bas vers l'avant; elles mesurent environ 5 centimètres de long, de 1 à 2 de large, sur un demi d'épaisseur. Leurs mouvements de peu d'étendue ne sont que des déplacements produits par la dilatation de la vessie ou du rectum, sur la face antérieure duquel elles reposent par l'arrière, et dont les séparent, en les reliant étroitement cependant, l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers; par le toucher rectal on peut les atteindre chez les sujets dont les parties molles se laissent facilement distendre. Petites chez les enfants, elles s'accroissent rapidement à l'époque de la puberté, changent peu de dimensions jusqu'à la vieillesse, et alors deviennent tantôt dilatées, tantôt rétractées, subissant ainsi une véritable transformation fibreuse.

Elles sont en contact immédiat avec le péritoine au niveau de leur base, et cette contiguïté suffit pour aggraver singulièrement le pronostic d'un spermatozystite par exemple. Guyot, dans sa thèse, cite un certain nombre de cas où le processus inflammatoire a gagné le péritoine, provoquant ainsi une péritonite mortelle.

La vésicule séminale n'est pas, à proprement dire, une poche: c'est comme un canal ramassé, le long duquel sont rangés des diverticules pelotonnés sur eux-mêmes et donnant naissance à des utricules alvéolaires très irrégulièrement plissés. L'enveloppe générale est formée de trois couches: l'externe, mince et

fibreuse; la médiane, musculieuse, plus épaisse, et l'interne, muqueuse.

Les artères destinées aux vésicules séminales sont formées par l'hémorrhoidale moyenne, la déférentielle et la vésicale inférieure, branches de l'hypogastrique; l'hémorrhoidale moyenne naît de la honteuse interne ou bien, directement, de l'iliaque interne; elles se divisent en plusieurs branches, dont les unes, se rendant aux vésicules, s'anastomosent avec les rameaux de la vésicale inférieure. Le plexus veineux a été particulièrement étudié par Gillette : il comprend un groupe veineux antérieur, commun aux vésicules et à la vessie; un groupe postérieur, communiquant largement avec le plexus prostatique et hémorrhoidal. Ces veines forment le plexus vésico-prostatique qui se déverse dans l'hypogastrique.

Faisant suite aux vésicules séminales, se trouvent deux parties de l'appareil génital fort importantes par leurs fonctions, mais n'intéressant que de loin la question que nous traitons : le canal déférent et le testicule. Nous ne dirons que quelques mots du premier, nous traiterons rapidement l'anatomie du second.

Le canal déférent, conduit excréteur du testicule, va du col de la vésicule séminale à la queue de l'épididyme dont il n'est que le prolongement; il mesure de 35 à 40 centimètres de long, son diamètre est de 2 millimètres environ; sa forme est régulièrement cylindrique, sa consistance dure. En se séparant de la vésicule séminale, il se rapproche de la région postéro-inférieure de la vessie, monte un peu près des côtés de cet organe, rejoint au delà de l'anneau inguinal le cordon spermatique dans sa partie postérieure, le long duquel il descend parallèlement pour s'attacher à la queue de l'épididyme.

L'épididyme, lui, est un petit corps allongé, vermiforme et qui rappelle la forme d'une anse dont l'extrémité serait fixée aux deux pôles du testicule, ou mieux encore celle d'un cimier sur un casque représenté par le testicule; il mesure en moyenne 5 centimètres de long sur 12 millimètres de large. On lui reconnaît, en allant d'avant en arrière, une tête, un corps, une queue; la tête est unie au testicule par l'ensemble des conduits séminifères et la queue par une sorte de bride de tissu connectif.

Le testicule avec son épiddidyme, on ne saurait considérer l'un sans l'autre, est un organe pair, situé au-dessous de la verge, entre les deux cuisses, à la région périnéale, et contenu dans les bourses; il est suspendu comme un fruit à l'extrémité du cordon spermatique. Sa forme est celle d'un ovoïde légèrement aplati transversalement; il mesure environ 4 à 5 centimètres de long, 2 de large, 3 de haut.

Le testicule et son épiddidyme se composent de deux parties bien différentes, une enveloppe fibreuse, épaisse, résistante, l'albuginée, et un tissu propre. L'albuginée, d'un blanc opaque, est appliquée sur tout l'organe, à l'intérieur duquel elle envoie des prolongements en forme de cloison, constituant ainsi des loges qui remplissent les canalicules séminifères, formant un réseau à mailles très compliquées, très flexueux. Ces canalicules se réunissent et sortent du testicule en un point où il offre sur le bord postéro-supérieur un épaississement connu sous le nom de corps d'Highmore.

On note trois principaux vaisseaux artériels du testicule : l'artère spermatique, la déférentielle venant de la vésicale inférieure et la funiculaire qui provient de l'hypogastrique.

Les veines sont dites spermatiques et naissent du réseau capillaire, nourries par les artères sus-indiquées; on les distingue en veines centrales et périphériques qui se réunissent au niveau du corps d'Highmore.

Les lymphatiques naissent dans le tissu interstitiel de l'organe par un système largement réticulé autour des canalicules séminifères, se dirigent vers le corps d'Highmore, puis réunis en sept ou huit troncs, traversent le canal inguinal et au niveau de la région lombaire, se jettent : les lymphatiques droits dans le ganglion juxta-aortique droit, ceux du côté gauche, dans le ganglion juxta-aortique gauche.

Telles sont, schématiquement décrites, les parties essentielles du système génital, on ne manquera pas d'y remarquer les relations étroites qui existent entre la prostate et les vésicules séminales, ainsi que la riche vascularisation de ces régions, qui feront mieux saisir la genèse de l'hémospermie.

Le sperme est le liquide opale, grisâtre, semi-transparent, produit par les organes génitaux mâles, et qui est projeté dans l'appareil génital femelle pour féconder l'ovule.

Il exhale une odeur spéciale, très analogue à celle que répand le châtaigner en fleurs. Il est constitué par la sécrétion du testicule à laquelle s'ajoute le produit des glandes qu'il rencontre successivement sur son parcours et qui sont : d'abord le liquide visqueux de couleur brunâtre émis par les sinus du canal déférent ; puis celui des vésicules séminales qui offre un aspect variable d'un sujet à l'autre, mais qui, généralement grisâtre, est riche en albumine ; vient ensuite le liquide prostatique excrété principalement au moment de l'éjaculation, sa couleur est blanche et opalescente : enfin le liquide émis par les glandes de Cowper pendant l'érection seulement, il est hyalin, filant, c'est lui qui donne au sperme sa viscosité.

L'odeur spermatique ne se rencontre dans aucune de ces humeurs prises séparément, et dont l'ensemble constitue le sperme éjaculé. Robin pense qu'elle ne se développerait que par suite du mélange des divers liquides, ou de certains d'entre eux au moment du coït. Il fait observer cependant que si le sperme est étendu d'eau, et celle-ci décantée de manière à en séparer les spermatozoïdes déposés au fond du vase, ces derniers conservent sensiblement l'odeur spermatique, alors même que d'abord elle était masquée par celle du fluide déjà plus ou moins putride, ce qui démontrerait une origine testiculaire.

Vu au microscope, le sperme contient normalement en suspension des corps fort divers.

Les éléments fondamentaux caractéristiques sont les spermatozoïdes ; il faut y ajouter les produits de la desquamation des canaux que le sperme parcourt pour s'échapper au dehors ;

ainsi, dans l'épididyme, il se chargera quelquefois, mais rarement, de quelques cellules épithéliales cylindriques, à longs cils vibratiles, qui tapissent ce conduit; au canal déférent, il prendra des cellules épithéliales prismatiques et des granulations polyédriques, irrégulières, réfringentes; les vésicules séminales y ajouteront des cellules épithéliales cylindriques, de gros globules blancs, et très fréquemment, surtout après quatre ou cinq jours sans éjaculation, des concrétions incolores, transparentes, cylindriques ou arrondies, mais, dans ce cas, accolées les unes aux autres; Robin les a désignées sous le nom de symplexion. Ce semble être une matière azotée que le réactif iodo-ioduré très étendu colore en jaune verdâtre, en brun s'il est concentré.

De la prostate et de ses annexes proviendront des cellules épithéliales prismatiques semblables à celles du canal déférent, et principalement des granulations graisseuses à centre brillant, à contour foncé. Enfin, de l'urèthre proviennent quelques-unes des cellules épithéliales qui le tapissent dans sa partie terminale. Plusieurs heures après les éjaculations, on y rencontrera, par suite du refroidissement, des cristaux de phosphate de magnésie.

Nous pouvons établir, en principe, que la présence, dans le sperme, d'éléments autres que ceux dont nous venons de parler est anormale; la liste en serait fort longue et nous n'en retiendrions d'ailleurs que ce qui a trait à la plus ou moins grande quantité d'hématies.

Le liquide hémospermique présente des variations assez considérables. Au point de vue couleur, on peut dire qu'il parcourt toute la gamme des rouges. Lallemand, Civiale, Tissot signalent des cas où le malade rendait du sang presque pur et d'un rouge intense; d'autres, plus nombreux, mentionnent la couleur franchement rouillée du liquide émis. Ambroise Paré dit qu'un de ses malades rendait une humeur franchement brune, presque noire. Il serait intéressant de chercher à quelles causes sont dues ces différences dans l'intensité de la coloration et dans les

teintes; elles doivent provenir autant de la richesse du sperme en globules sanguins, que de l'action que peut avoir sur eux le milieu qui les enferme et aussi de l'époque à laquelle remonte le mélange.

Chaque fois que les auteurs ont eu à nous signaler des cas d'hémospermie consécutifs à une congestion intense et rapide d'une partie des organes génitaux, dans la masturbation par exemple, ils n'ont pas manqué de nous indiquer la coloration franchement hématiche du sperme, d'où nous sommes presque en droit de conclure à la déchirure des vaisseaux sous l'influence de la congestion.

Si, au contraire, toujours dans des cas de congestion, dans la vésiculite aiguë, par exemple, le sperme reste accumulé dans les vésicules séminales, il se mélange peu à peu au sang transfusé, par suite du processus inflammatoire, hors des vaisseaux qui rampent le long des parois de la vésicule, et comme il se trouve ainsi en contact plus ou moins prolongé avec le sang, il prendra une teinte rouillée.

Lansac dit encore : « Sans vouloir toucher pour le moment à la question d'origine, qu'il nous soit permis de dire que le séjour prolongé du liquide hémospermique dans les vésicules séminales lui donne parfois une teinte noirâtre. Delandeterie, dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, rapporte un cas d'émission de sang caillé et noirâtre ». Quand le sang est en petite quantité et qu'il reste longtemps en contact avec le sperme, il donne à ce liquide une teinte brune. Lydston fait remarquer que lorsqu'une suppuration a pu s'établir dans la vésicule, par exemple, et que les globules de pus viennent se mélanger intimement au sperme, ce liquide prend une coloration jaunâtre, jaune foncé, parfois même verdâtre et bien avant Lydston, d'ailleurs, les auteurs avaient signalé cette teinte spéciale du sperme.

Le temps plus ou moins long qui s'écoule entre l'extravasation du sang hors des vaisseaux et l'éjaculation, ou pour mieux dire, le temps que le sang reste en contact avec le sperme, permet-il d'expliquer les différences de teinte que l'on constate dans le

liquide hémospérmiqne ? Voici ce que répond Chute à cette question : « Jusqu'à récemment encore, on croyait que les changements qui survenaient dans les extravasations du sang pouvaient seuls expliquer les différences de coloration du sperme, que la couleur était entièrement sous la dépendance de la durée du temps qui s'écoule entre l'hémorrhagie et l'éjaculation. Dans beaucoup de cas il en est ainsi, cependant Kærsmæker prétend que les différences de coloration peuvent s'expliquer par une simple variation dans la quantité de sang émis ».

Voici à ce propos la petite expérience de Kærsmæker. Chez deux malades atteints de prostatite chronique, cet auteur opéra le massage de la prostate et recueillit le liquide ainsi obtenu : l'un d'eux contenait seul une assez grande quantité de sang. Kærsmæker opéra alors le mélange des deux liquides en différentes proportions, il arriva à produire des différences de coloration allant du rose clair au brun foncé... Enfin, en lisant une observation publiée en 1882 par Guelliot, et dans laquelle il est question d'un homme qui eut douze rapports sexuels dans une après-midi, nous remarquons que le sang ne parut mélangé au sperme que pendant le huitième coït, et que la coloration du liquide spermatique varia successivement du rose à la couleur chocolat pour n'être plus que du sang pur. Ce qui semble s'expliquer par l'augmentation successive de la quantité de sang dans le sperme.

La quantité de sang éjaculé est variable suivant le moment et suivant les individus. Si nous passons en revue les cas d'hémospérmié signalés dans les observations que nous avons en main, nous voyons que certains malades rendent la valeur d'une cuillerée à une et demie de sang pur, noirâtre ou coagulé. Dans d'autres cas, les premières gouttes seules de l'éjaculation sont teintées; parfois, au contraire, ce sont les dernières; question de localisation ou de provenance du sang, très probablement. Un auteur a cité un cas où un homme vit, pendant le coït, survenir une hémospérmié tellement abondante, qu'il crut à un retour des règles chez la femme avec laquelle il

avait eu des rapports. Bien que Lansac dise connaître plusieurs cas analogues, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'hémospermie aussi abondante, dans les nombreux ouvrages que nous avons pu consulter.

En résumé, cette quantité est relativement minime, et si elle paraît abondante à certains malades, il ne faut pas oublier que l'énorme pouvoir tinctorial du sang, et l'état moral de celui qui se découvre une telle affection lui font perdre toute notion exacte de quantité. Elle ne doit guère dépasser celle du sperme normalement éjaculé et qui serait de 8 grammes en poids, d'après Haller, et de 750 millimètres cubes à 6 ou 7 centimètres cubes d'après Robin. Ce sont aussi les chiffres que donne Montegazza pour un homme d'un poids moyen de 80 kilos.

Guelliot, dans sa thèse, dit que « dans certains cas ce liquide, » — le liquide hémospermique — présente la composition du » sperme, sauf la présence de globules sanguins en grand nombre; les hématies sont reconnaissables à leur forme, à leur » coloration. D'autres sont altérées et fragmentées, quelques-unes sont englobées dans les symplexions. Ces derniers éléments sont parfois tellement colorés, qu'ils apparaissent sous » le microscope comme des masses tout à fait noires, ce qui les » rend parfois difficiles à reconnaître ».

Godard, en 1855, eut l'occasion de faire deux autopsies sur deux sujets qui avaient eu de leur vivant des éjaculations sanglantes causées par la blennorrhagie, et qui succombèrent à une maladie intercurrente : il constata l'absence totale de spermatozoïdes dans la vésicule malade, qui contenait toutefois une quantité considérable de globules sanguins. Rabin, rapportant cette observation, pense que l'inflammation des voies spermatiques avait enrayé le travail des cellules destinées à l'élaboration des spermatozoïdes.

Dieu, *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1867, a constaté que lorsque le sperme manque de spermatozoïdes chez le vieillard, il renferme plus de globules sanguins, mais il ne semble pas y avoir une relation de cause à effet, car un peu plus loin il ajoute que l'autopsie montre les vésicules séminales aplaties à

parois épaissies, indurées, tandis que s'il y a des spermatozoïdes elles sont gonflées, bosselées comme dans l'âge viril.

Robin avait expliqué que le sperme des vieillards contient presque normalement des hématies en nombre suffisant pour le colorer, il ajoutait que la cause de ces petites hémorrhagies dans les vésicules est due à la présence prolongée du sperme, et Dieu, à ce sujet, écrit : « Le liquide qui se surajoute au sperme dans les vésicules est fourni par les parois propres de ces vésicules. Cette humeur est grisâtre, mais sans couleur brune ; au bout de quatre à cinq jours, il se produit de petites concrétions, les sympexions de Robin, et le résultat du séjour prolongé du sperme dans les vésicules, ce sont de petites hémorrhagies qui donnent à ce liquide une coloration rosée ». Cela signifierait-il que, pour l'auteur, les sympexions joueraient le rôle d'un corps irritant ?

De ce qu'on note quelquefois une diminution des spermatozoïdes dans le liquide hémato-spermique, de ce que Godard a constaté que chez certains de ces malades ils étaient dépourvus de vie ou absents, nous ne devons pas généraliser ces conclusions ; nous n'en voulons pour preuve que les nombreuses observations publiées à différentes époques, et pour n'en citer qu'une nous mentionnerons celle d'Albers citée par Guelliot, reproduite par Lansac et où il est dit entre autres que des spermatozoïdes très nombreux et très actifs nageaient dans un liquide composé de sang en majeure partie.

Il est cependant des cas où le liquide hémospermique pourrait être stérile ; se serait, par exemple, quand l'hémospermie est due à une inflammation des conduits où se forment les spermatozoïdes, et quand on se trouve en face d'une fausse hémospermie où le liquide prostatique se trouve seul en mélange avec du sang : soit l'hémato-prostatorrhée. Mais ces cas sont si réellement exceptionnels qu'on ne les a pas signalés encore, et que presque toujours dans le liquide hémospermique nous nous trouvons en présence de sang et de spermatozoïdes vivants.

L'hémospermie est-elle douloureuse ? Non ; dans la majorité des cas, les malades se plaignent seulement de ce que les draps

de lit, leur chemise portent des taches caractéristiques empestées, et colorées en rouge plus ou moins foncé.

Cependant certains auteurs font avec raison des réserves sur la douleur pendant l'hémospermie. Si elle survient concurremment avec une spermatocystite aiguë, la douleur est assez vive. Hippocrate avait même enregistré ce symptôme. Rapin compare ces douleurs à la sensation que donnerait le passage d'un fer rouge dans l'urèthre. Guyon note aussi la douleur dans un cas de vésiculite aiguë. Enfin Hughes a observé deux cas d'hémospermie douloureuse ; un de ses malades était atteint de fausse hémospermie d'origine blennorrhagique, et de prostatite ; le deuxième d'une spermatocystite chronique, suite de complications inflammatoires par lésions de voisinage causée par un calcul uréthro-vésical engagé et enclavé dans la région prostatique de l'urèthre.

En résumé, nous pouvons dire que la douleur existera assez forte quand l'hémospermie sera d'origine inflammatoire, et qu'elle sera nulle dans d'autres cas.

L'hémospermie peut se rencontrer dans l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse ; on l'a observée chez des jeunes gens de 15 à 18 ans. Les adultes présentent ce symptôme entre 20 et 34 ans ; chez le vieillard où elle est plus fréquente, elle a été notée à partir de 59 ans, et elle peut exister à l'état physiologique comme le pense Guelliot. En examinant des vésicules séminales, il a trouvé huit fois des globules sanguins, il répartit ainsi ces constatations ; deux fois chez l'homme âgé de 40 à 50 ans ; quatre fois de 50 à 60 ; une fois de 60 à 70, et une fois de 70 à 80.

Cette description des caractères que présente le liquide hématospermique et de sa nature n'offre qu'un intérêt relatif et insuffisant; nous avons encore à rechercher par quelles causes et dans quelles conditions le sang se mélange au sperme, de quelle partie de l'appareil génital il tire son origine, et quel mécanisme peut permettre d'expliquer cette transfusion du sang hors des vaisseaux.

Si, comme nous l'avons dit, l'hémospermie est chose rare, plus rares encore sont les occasions d'examiner par l'autopsie les lésions d'où elle découle, aussi force nous sera, pour l'interprétation des faits, d'avoir recours quelquefois à l'hypothèse; mais nous n'oublierons pas qu'elle ne constitue qu'un moyen provisoire de résoudre les questions ou de suggérer des recherches, et que, si l'usage en est légitime dans les sciences, il importe de la régler très sévèrement.

A¹. Hémospermies d'origine infectieuse.

B¹. Excitation génitale.

C. Masturbation ou coït.

Nous faisons entrer dans la même section deux causes d'éjaculation sanglante qui peuvent paraître distinctes à première vue pour des personnes non prévenues, et qui n'en sont pas moins liées d'une façon si étroite, qu'il est impossible de les séparer parce qu'elles amènent le même effet dû à des causes absolument identiques, et si nous les examinons ici séparément, c'est pour introduire un certain ordre dans les relations ou la discussion des faits.

Les cas d'hémospermie par masturbation sont assez connus, et même le vulgaire n'en sait pas d'autres. Tissot, Choppard,

Lallemand, Hughes en ont donné des exemples ; nous citerons en passant l'histoire de ce berger du Languedoc qui se livrait sans cesse à des manœuvres effrénées d'onanisme, si bien que le produit de l'éjaculation n'était plus constitué que par du sang pur (Choppard).

Un jeune gardeur de vaches se livrait à la masturbation avec une telle fureur, que chez lui l'éjaculation, tantôt normale, tantôt hémospérmiqne, ne se produisait jamais qu'après avoir irrité les lèvres du méat urinaire avec un fragment tranchant d'un morceau de tuyau de pipe.

Tissot donne le cas d'un jeune garçon qui se livrait à la masturbation, et qui finit par ne plus rendre que du sang presque pur, dont l'émission était liée à des douleurs excessives.

Enfin une observation empruntée à Hughes, et que nous reproduisons ici, complète ce que nous dirons sur la masturbation, cause d'éjaculations sanglantes.

OBSERVATION I

J'ai eu connaissance d'un cas d'hémospérmiqne dont l'histoire est lamentable.

Il s'agit d'un malheureux jeune homme, victime de la consanguinité qui règne dans sa famille (côté maternel), depuis plusieurs générations. M. X... est un dégénéré de naissance, chez lequel le vice sous toutes les formes les plus honteuses (onanisme, pédérastie), à fait en quelque sorte explosion au moment de la puberté.

Aucune blennorrhagie, aucun gonflement de la prostate dont l'examen chirurgical a été fait devant moi.

L'onanisme paraît avoir été la seule cause déterminante de l'hémospérmiqne, qui, à maintes reprises, a été provoquée par M. X...

Il est vrai que ce vice avait pris chez lui l'allure d'une véritable fureur en quelque sorte maniaque. « J'y vais jusqu'au sang, me disait-il, quand je l'interrogeais sur ces déplorables habitudes ; il me faut du sang », et le pauvre garçon ne cessait ses manœuvres que quand l'éjaculation sanglante s'était produite.

Il n'y a aucun doute possible sur la réalité de l'hémospérmiqne ; une

analyse des taches, faite dans un des meilleurs laboratoires de Paris, a démontré l'existence de nombreux globules sanguins. (HUGHES, Pathogénie de l'hémospermie, *Gazette hebdomadaire de médecine*, Paris, 1894.)

Le surmenage génital, à son tour, a été nombre de fois cité par les auteurs comme étant une cause d'hémospermie. A. Paré, Fleury, Lallemant, Civiale, Guelliot en rapportent des cas intéressants parmi lesquels nous choisirons trois.

OBSERVATION II

M. ., étudiant en médecine, est de constitution lymphatique, fort habitué aux excès de coït, puisque depuis l'âge de 15 ans (il en a 24), il a eu presque tous les jours des rapports sexuels complets. Cependant, vers le commencement de février 1865, ayant couché avec une femme qu'il aimait beaucoup, il s'aperçut, lorsqu'il renouvela l'acte vénérien pour la huitième fois, que le produit de l'éjaculation était du sang presque pur ; au moment de l'éjaculation, il avait ressenti dans les aines une sensation de déchirure. Le lendemain, la même chose se reproduisit au cinquième coït, et le surlendemain au deuxième, toujours avec la même femme ; la sensation de déchirure se représenta chaque fois qu'il y eut éjaculation ensanglantée.

Craignant de s'attirer quelque maladie sérieuse, il ne vit pas de femme pendant douze jours : depuis, il reprit son ancienne manière de vivre sans que rien de semblable soit venu l'arrêter de nouveau. (LALLEMAND, *Des pertes séminales involontaires*).

OBSERVATION III

B..., d'une santé robuste, fait de grands excès avec les femmes dès l'âge de 18 ans. A 24 ans, ayant répété les rapports jusqu'à dix fois dans une nuit, il eut une hématurie qui se dissipa le lendemain. Quelques jours après, ayant revu la même femme, et s'étant comporté avec la même ardeur, il éprouva de la douleur au moment de l'éjaculation et le sperme fut mélangé de sang.

Après plusieurs rechutes qui amenèrent le même phénomène, la continence fut observée scrupuleusement. Mais il survint des pollutions d'abord fréquentes, quelquefois douloureuses et sanglantes, ensuite plus rares, presque sans érections et sans aucune sensation de peine ou de plaisir. Troubles de la miction, tiraillements, douleur.

Traitement : Emollients, opiacés, camphre. Enfin cautérisation au nitrate d'argent solide. Sangsues au périnée, bains prolongés, tisanes, lait, bouillon. (Tiré du livre de LALLEMAND et résumé par LANSAC.)

OBSERVATION IV

M. X... est âgé de 23 ans; brun, de taille peu élevée, il présente une notable tendance au tempérament arthritique. De plus, sans avoir eu d'incontinence notoire d'urine, de crises nerveuses, il est extrêmement impressionnable, a des cauchemars pendant la nuit et même des accès de somnambulisme. Du côté des organes génitaux, la susceptibilité est très vive, la verge et les testicules sont bien développés; le prépuce recouvre le gland, même pendant l'érection; aussi la muqueuse balanique est-elle d'une grande sensibilité. Dès l'âge de 15 ans, les moindres attouchements sur le gland suffisaient pour provoquer l'éjaculation. L'acte génésique, pratiqué très tard pour la première fois, ne s'était jamais accompagné d'aucun symptôme anormal, lorsque des circonstances spéciales ont amené un excès qu'il nous reste à décrire.

A l'âge de 23 ans, se trouvant avec une femme nymphomane, et étant lui-même très excité par un désir longtemps contenu, X... pratique onze fois le coït dans une après-midi. Dès la huitième éjaculation, le liquide excrété était semblable à de la *sérosité louche*; le dixième avait une teinte *chocolat* analogue à celle du liquide de l'hématocèle; enfin le onzième s'accompagna d'un orgasme douloureux, avec contraction des muscles du périnée; il ne sortit rien tout d'abord par le méat, mais au bout d'une minute environ, l'orgasme cessant, il s'écoula *quelques gouttes de sang* et un petit grumeau vint obstruer l'extrémité du canal; l'urine, expulsée immédiatement, sortit rose tout d'abord, puis avec sa coloration normale. Notons en

terminant que notre sujet ne ressentit pas une fatigue considérable et que le lendemain il put de nouveau fournir sept éjaculations ; il est vrai que le chiffre onze ne fut plus atteint depuis par prudence. (GUELLIOT, *Des vésicules séminales*, thèse de Paris.)

Suivant Lallemand, l'acte vénérien déterminant dans la muqueuse uréthrale une irritation qui, entretenue et aggravée par des répétitions immédiates, s'étend jusqu'aux vésicules séminales, il en résulterait une sorte de traumatisme qui donnerait naissance à l'écoulement sanguin au moment de l'éjaculation. De fait, la congestion des organes génitaux est tellement intense à ce moment qu'il s'écoule nécessairement un certain temps avant que l'organisme ne revienne à son état normal, et il ne serait pas impossible que cette congestion, entretenue pour ainsi dire sans repos, ne provoquât à elle seule la rupture des capillaires.

Guelliot fait suivre l'observation IV de remarques qui établissent que l'hémorragie a pris naissance dans les vésicules séminales, telles la coloration successive du produit de l'éjaculation, ainsi que les douleurs profondes de la région périnéale ; elles pourraient tout aussi bien s'appliquer à des foyers hémorrhagiques d'origine prostatique.

« L'évacuation des vésicules séminales est due à la contraction relativement lente mais énergique de la couche musculaire propre et de nombreux faisceaux des fibres-cellules tant transverses que longitudinales qui, partis des côtés et de l'arrière de la trame prostatique, entourent ces réservoirs, en établissant ainsi une solidarité entre leur excrétion et celle du liquide lactescent des conduits prostatiques (Ch. Robin, *Fécondation*, dans Dechambre).

Par conséquent, sans vouloir, comme Lallemand, faire remonter uniquement l'origine de cette congestion par traumatisme à la muqueuse uréthrale, nous pensons que la contraction énergique des muscles des vésicules séminales ou de la prostate, ou encore peut-être bien des deux organes à la fois, doit suffire dans la plupart des cas pour provoquer la rupture des capillai-

res, maintenus sous pression, de par leur réplétion congestive et dont la paroi éclate comme celle d'un fruit mûr.

Guelliot note encore que les hémospermies provoquées par le coït ont été observées chez des jeunes gens de 20 à 25 ans, et que les masturbateurs avaient de 15 à 17 ans; il est fort probable, comme le dit d'ailleurs cet auteur, « qu'à l'époque de la puberté, au moment où commencent à fonctionner les organes génitaux, ces derniers sont le siège d'une congestion et d'une fluxion qui prédisposent à l'hémorrhagie ». A cette fluxion qu'affirment aussi dans cette circonstance Jamin et Legay, vient s'ajouter celle que produisent les manœuvres de la masturbation, et les parois des capillaires surmenés cèdent à une suppression anormale pour eux et à laquelle ils n'étaient pas encore préparés.

B^a Continence.

Le fait seul de la continence suffit à modifier sensiblement et physiologiquement les vésicules séminales; suivant Robin, les premières années de l'abstinence complète s'accompagnent de gonflements testiculaires ou épидидymaires, dont l'apparition et la disparition répétées amènent parfois des altérations testiculaires.

Si cette continence se prolonge, l'organe finit par s'adapter peu à peu à cette situation nouvelle, mais au prix de réactions inflammatoires susceptibles de causer des éjaculations sanglantes. Guelliot signale l'hémospermie des continents, et Civiale écrivait dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires* : « Certains hommes vivent dans une continence absolue, mais la nature trouve moyen de se satisfaire par des éjaculations plus ou moins rapprochées et périodiques qui ont lieu pendant la nuit, pendant le sommeil, et rarement pendant l'état de veille. Il y a une distinction importante à établir dans ce cas. Tantôt, le sujet a toujours été continent comme Newton et Pascal, et tantôt la continence n'a été observée qu'à la suite d'excès vénériens ou de masturbation ». Plus loin, il donne une observation dont le sujet est un étudiant, qui cesse tout à coup

les rapports sexuels, après en avoir abusé pendant plusieurs années; quand il veut un jour les reprendre, il éjacule une grande quantité de matières sanguinolentes.

OBSERVATION V

Un de mes amis, M. Z..., avocat dans un département de l'Est, marié depuis quatre à cinq ans, a joui jusqu'à présent d'une vigueur génitale au-dessus de la moyenne. Ses rapports conjugaux étaient très fréquents, quand sa femme devint enceinte pour la troisième fois en octobre 1885. Durant les premiers mois de la grossesse, on se contenta d'espacer un peu plus les rapprochements. Puis à partir du cinquième à sixième mois (mars-avril 1886), on les cessa complètement. L'accouchement (qui fut gémellaire) ayant été assez difficile et la mère nourrissant ses deux enfants, c'est seulement au mois de janvier 1887, c'est-à-dire après neuf mois de continence, que le mari reprit ses droits. Durant toute cette période, il n'a pas eu à se rapprocher, m'a-t-il affirmé, la moindre infidélité conjugale. En outre, contrairement à son attente, les pollutions nocturnes avaient été de plus en plus rares et surtout de plus en plus éloignées.

Mais dans les premiers jours de juillet 1887, M. Z... me faisait savoir, par lettre, qu'après le premier rapprochement son linge et celui de sa femme portaient des traces sanguinolentes. Il crut tout d'abord que le sang provenait de sa femme, qu'elle avait son retour de couches? S'étant mieux observé quelques jours plus tard, il s'aperçut que le sang venait de lui, et ne sortait qu'avec les dernières gouttes de sperme.

Effrayé par ces éjaculations, il se rend à Paris et vient me trouver dans mon cabinet. M. Z... me donna alors tous les détails que je crus devoir lui demander, insistant surtout sur ce fait que, pendant neuf mois de continence, il n'avait jamais eu de rapport extra-conjugal, et qu'on ne pouvait songer chez lui à quoi que ce soit de blennorrhagique.

Pendant ce temps, il avait mené en outre une existence très active en prenant à tâche de se fatiguer par de longues marches et des exercices violents.

L'exploration directe de la prostate, des vésicules séminales, des testicules, fut absolument négative; sensibilité, volume, consistance, tout me parut normal.

Pendant les quelques jours que M. Z... resta à Paris, il eut une pollution nocturne, légèrement rosée, moins sanglante que ses deux éjaculations précédentes et à peine douloureuse.

Le linge sur lequel s'était effectuée la perte spermatique me fut apporté. Après avoir légèrement imbibé d'eau cette tache, je la râclai avec le tranchant d'un scalpel.

J'examinai alors au microscope le produit de ce râclage. Il était constitué des éléments suivants :

1° Nombreux cadavres de spermatozoïdes plus ou moins morcelés mais très caractéristiques.

2° Quelques sympexions arrondis de coloration brunâtre.

3° Des cellules épithéliales polyédriques et sphériques, isolées ou groupées autour de plusieurs granulations graisseuses.

4° Des leucocytes très peu nombreux.

5° Des hématies en abondance considérable.

La quantité de sperme ainsi recueillie était trop peu considérable pour se prêter à un examen micrographique poussé plus loin, par exemple, la recherche de bacilles. Mais cette recherche était, à mon avis, bien inutile, étant donné l'état général du sujet, aussi bien que l'absence totale de signes physiques ou de troubles fonctionnels, tant du côté des poumons que du côté de l'appareil génito-urinaire, rendaient cette recherche inutile, écartant tout soupçon de tuberculose.

M. Z... quitta Paris complètement rassuré. Depuis ces six derniers mois, sa santé est toujours excellente; il n'a plus observé de coloration anormale dans ses éjaculations qu'il a examinées à différentes reprises avec le plus grand soin (JAMIN).

OBSERVATION VI

M. R..., 23 ans, étudiant en droit, d'un tempérament robuste, sans maladies graves antérieures, ayant pour tout antécédent morbide une blennorrhagie qui avait duré trois mois et qui est guérie depuis

deux ans. Se livre avec ardeur au coït depuis le mois de janvier 1886 jusqu'en mai de l'année dernière. Il avait souvent cinq ou six rapports par nuit, sans que ces excès répétés aient jamais déterminé chez lui d'éjaculation de sang.

Au mois de mai, pour réparer le temps perdu, et préparer pendant trois mois son examen de fin d'année, il renvoie sa maîtresse et se met sérieusement au travail. Dès les premiers jours de son nouveau genre de vie, il eut quelques pollutions nocturnes, normales comme coloration. Celles-ci devinrent de plus en plus espacées et finirent par disparaître. Absorbé par ses occupations, il ne remarqua rien d'anormal du côté de ses organes génitaux.

En fin juillet, il subit avec succès son examen et n'a rien de plus pressé que de rompre le soir même le vœu de continence auquel il semblait s'être soumis pendant près de quatre mois. Le coït fut pratiqué six fois dans une nuit. Mais les deux ou trois premières éjaculations étaient entièrement sanglantes, ce dont sa maîtresse et lui furent d'abord tout effrayés. Les éjaculations qui suivirent perdirent peu à peu toute coloration anormale et le jeune homme continua ses excès antérieurs sans remarquer par la suite la moindre émission de sperme (LANSAC, *Recherches sur l'hématospermie*. Communiqué à l'auteur par JAMIN. Thèse de Paris, 1887).

OBSERVATION VII

D. M..., 25 ans, coiffeur, entre le 5 novembre 1907 à l'hôpital du Tondu, à Bordeaux, salle C, lit n. 16.

Ce malade, dont nous donnons l'observation, eut des éjaculations de causes diverses : il est très fatigué, et c'est pour cette cause qu'il est entré à l'hôpital où il nous a été donné de l'examiner.

Antécédents physiques généraux. — Le malade a eu la rougeole vers l'âge de six à sept ans ; pas d'autres maladies graves ; bronchites fréquentes, touse et s'enrhume facilement, jamais d'hémoptysies.

Système nerveux et état mental. — Complètement désorganisé. Depuis sa première enfance, le malade est très nerveux, se battait fréquemment avec ses camarades ; pleurs, rires spasmodiques, très impressionnable... Avait commencé très jeune des pratiques d'ona-

nisme; à l'école s'y livrant extrêmement souvent, même aussi à des pratique sodomistes; a essayé encore des rapprochements avec des animaux; jusqu'à il y a deux ans, buvait beaucoup, trois litres de vin par jour en moyenne, sans préjudice d'un certain nombre de verres d'alcool, d'absinthe, de kummel, etc., etc.

Système génito-urinaire. — Première blennorrhagie, il y a deux ans, traitée par le permanganate en injections, et capsules d'arréol; elle dura trois mois avec seulement une sensation de brûlure au périnée, pas de complications, ni orchite, ni cystite. Reste à peu près cinq mois sans coïter; le sperme, la première éjaculation qui suivit, était de couleur normale.

Au mois de juillet, contracte une deuxième blennorrhagie avec écoulement très léger, blanchâtre, qui disparut au bout de trois semaines, mais alors survinrent une orchite aiguë droite et des phénomènes de cystite (hématuries terminales? mictions fréquentes diurnes, nocturnes, etc., etc.), le périnée est encore douloureux. Depuis le mois d'août, eut plusieurs rapports sexuels, mais ne remarqua point de coloration spéciale de sperme. Aujourd'hui, tous ces phénomènes ont disparu.

Le malade a eu, jusqu'à présent, plusieurs manifestations d'hémospermie. A l'âge de 15 ans, alors qu'il se livre à une masturbation effrénée, il eut une première éjaculation sanglante; le sperme, au dire du malade, était de coloration rouillée; il apparut sans douleur, même légère.

Pendant sa deuxième blennorrhagie, se manifesta sa deuxième éjaculation sanglante; souffrant de picotements à l'extrémité de la verge, il se livra, sous prétexte de les faire disparaître, à la masturbation; le sperme apparut de couleur rouillée, absolument semblable à celui éjaculé quelques années auparavant. L'apparition de ce phénomène effraya le malade, qui suspendit et cessa ces manœuvres d'onanisme.

Antécédents héréditaires. — Le malade, malheureusement pour lui, a un passé héréditaire extrêmement chargé.

Le père, âgé de 55 ans, a eu la syphilis, au dire du malade; il boit beaucoup: vin blanc, absinthe, armagnac; à des accès de *delirium tremens*, des crises de folies furieuses avec idées de meurtre; il est brutal, même avec ses enfants.

Le grand-père paternel était sujet à des attaques convulsives sur la nature desquelles le malade ne peut nous renseigner.

Une tante du côté paternel est à peu près folle ; crises avec cris furieux ; elle a eu un fils, pas très bien portant, nerveux, très peureux, s'émotionnant très facilement, tremblant même de peur lorsque quelqu'un lui parle.

La mère du malade est très nerveuse ; crises convulsives, pertes de connaissance, morsures de la langue, émissions involontaires d'urine, le médecin qui la soigne a diagnostiqué *des crises d'hystérie* ?

La grand'mère maternelle, très nerveuse, avait des crises semblables à celles de sa fille ; elle mourut d'une façon violente ; dans une crise d'hallucination, elle se précipita dans le feu et périt carbonisée.

Des collatéraux, sept enfants vivants sur douze : le malade ignore comment sont morts deux d'entr'eux ; une sœur est morte en naissant, une autre succomba des suites d'une fièvre typhoïde ; des survivants, un seul est à peu près bien portant, quoique très nerveux et brutal. Cinq sœurs sont folles, d'après le malade toutes hystériques, toutes atteintes de folie lubrique ; ce serait même l'une d'elles qui lui aurait appris les manœuvres d'onanisme ; toutes sont actuellement dans des maisons hospitalières.

Etat actuel du malade. — Il est venu à l'hôpital pour une sensation de pesanteur au périnée et des périodes de fréquentes mictions diurnes et nocturnes ; actuellement, ces fréquences de miction ont disparu, pas de douleurs, urines normales avec quelques filaments. Le cathétérisme de l'urèthre est facile, n'éveille pas de douleur. Au testicule droit nous trouvons un noyau épидidymaire induré et douloureux à la pression. Le malade est atteint de prostatorrhée abondante au moment des érections.

Appareil digestif. — Anorexie, périodes de constipation et de diarrhée.

Appareil respiratoire. — Rien d'anormal à la percussion ni à l'auscultation.

Appareil circulatoire. — Cœur normal ; pouls égal, régulier ; tension moyenne.

Système nerveux. — Facies déprimé ; pâleur terreuse ; il est pris, chaque fois qu'on l'examine, de tremblement très intense, constitué

par des contractions spasmodiques générales des membres inférieurs, supérieurs, muscle masseter; de plus, quand le malade étend les bras, tremblements.

Réflexes. — Rotulien : normal.

Pharyngien : normal.

Palpébral : exagéré.

Crémastérien : normal.

De Babinsky : normal.

Pas de trépidations épileptoïdes.

Sensibilité. — Subjective : sensation de fourmillements intermittents.

Objective : hyperesthésie généralisée.

Organes des sens. — Vue normale, pas de troubles de la pupille. bourdonnements d'oreilles.

Enfin dans la nuit de jeudi 7 novembre au vendredi 8, le malade eut une pollution nocturne abondante et ensanglantée : il se livrait alors à des excès de coït et n'avait pas eu de rapprochements sexuels depuis un mois. (Personnelle).

Des diverses théories émises pour expliquer l'hémospemie chez les continents, nous ne retiendrons que trois auxquelles toutes peuvent se rattacher, encore que les deux premières peuvent à la rigueur se ramener à une seule.

Dans celle que nous désignerons sous le nom de théorie de la *stagnation*, on a fait appel à l'autorité de Robin écrivant dans son *Traité des humeurs* : « La coloration rose du sperme est due à ce que, lorsqu'il y a séjour prolongé du sperme dans les vésicules séminales, de petites hémorrhagies ont lieu dans celles-ci », et on n'a pas même recherché par quel mécanisme se produisent ces hémorrhagies.

Suivant nous, chez un non-continent, le sperme se trouvant évacué à mesure qu'il se forme ou peu après, l'organisme s'accoutume à ce régime en raison de ses facultés et de ses facilités d'adaptation; mais alors, quand il s'écoule un temps un peu long avant qu'il ne soit expulsé, il agit comme un corps étranger, comme des *excreta* dont l'organisme cherche à se débar-

rasser, et qui, s'il ne peut y parvenir, produisent une irritation des tissus environnants, et qui peut aller jusqu'à laisser sourdre le sang des capillaires.

Chez un sujet qui a été toujours continent, cette irritation se produira peu ou pas, parce que ce même organisme s'étant trouvé dans des conditions toujours identiques à elles mêmes, rien n'est venu troubler cette sorte d'accord que la nature a imposé aux organes génitaux et qui peut se traduire, non par une atrophie, tout au moins par une sorte d'inaptitude à remplir les fonctions qui leur étaient dévolues.

D'après ce que nous appellerons la théorie de la *Congestion*, l'hémorrhagie aurait lieu, non pas dans l'intervalle des éjaculations, mais au moment où celles-ci se produisent : la constriction des vésicules séminales en les vidant du sperme accumulé depuis longtemps dans leur intérieur, et dont le long séjour congestionne les capillaires, produit leur rupture en donnant naissance à l'hémorrhagie.

Nous donnerons le nom de théorie de la *Dépression* à celle qui fut suggérée à Lansac par le D^r R. Jamin sous le vocable d'hémorrhagie *a vacuo* « chez un homme à rapports réguliers, assez fréquents, la quantité de sperme qui s'accumule dans la vésicule séminale dans l'intervalle des coïts ne saurait être considérable. Le vide relatif qui se produit dans ce cas à chaque éjaculation, ne saurait être assez grand pour déterminer une rupture des capillaires. Supposons, au contraire, une vésicule séminale, qui après avoir eu pendant un certain temps l'habitude d'être peu ou moyennement distendue, soit à un moment donné soumise à son maximum de distension. Le vide relatif presque absolu qui se produira après son évacuation sera capable de déterminer un appel de sang dans l'intérieur de la vésicule, d'amener la rupture des artérioles ou des capillaires qui serpentent dans le tissu sous-muqueux, et de produire une hémorrhagie intra-vésiculaire. Pourquoi ce mécanisme, qui s'applique si bien aux hémorrhagies produites dans la vessie quand on la vide trop rapidement ou trop complètement de l'urine qui la distendait, qui s'applique aussi aux hémorrhagies

intra-pleurales, qui se produisent quelquefois après une ponction trop rapide ou trop complète, ne trouverait-il pas son application dans les cas d'évacuation soudaine du contenu d'une vésicule séminale largement distendue ? » (Lansac, thèse de Paris).

B³ Hémorrhagie supplémentaire.

Les hémospermies supplémentaires causées par une inflammation de voisinage, contrairement à ce qu'on pourrait attendre sont plutôt rares; la littérature médicale est à peu près muette à ce sujet, et pauvre d'observations; nous n'en connaissons qu'une seule que nous donnons ci-après.

Faye, dans *De vesiculis seminalibus dissertatio*, parmi les nombreuses causes d'hémospermie qu'il énumère, ne manque pas de signaler les varices des vésicules séminales; il fait remarquer leur coïncidence fréquente avec les hémorroïdes, et observe qu'elles peuvent bien ne pas être étrangères aux hémorrhagies des vésicules.

Guelliot ne partage pas cette manière de voir, il n'admet ni cette coïncidence ni cette conséquence : ces varices, en effet, sont fréquentes en dehors des dilatations des veines de l'anus, et elles sont presque normales chez les vieillards.

OBSERVATION VIII

J'ai donné mes soins en 1884, à M. Alfred S..., officier de dragons, atteint d'hémorroïdes internes procidentes et fort douloureuses. J'étais alors l'interne de M. Tillaux. J'ai pratiqué à ce malade la dilatation du sphincter sous le chloroforme à l'aide des doigts, ainsi que le fait mon excellent maître. Le malade a retiré de cette opération un soulagement immédiat. Il a cessé de souffrir, mais à partir de ce moment, il a présenté un flux hémorroïdal, survenant à peu près régulièrement tous les deux mois, sans souffrance locale. Avant l'apparition du sang, il accuse des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, de la lourdeur de tête. La santé redevient parfaite dès que le flux a lieu.

En 1885, à plusieurs reprises, le flux n'a pas reparu et à chaque suppression de ce flux le malade a eu des éjaculations sanguinolentes. Il fut effrayé de ce phénomène dont il ne se rendit pas bien compte au début. Pour se rassurer, il crut bon de supposer que le sang observé après l'éjaculation provenait de sa femme. Une pollution nocturne lui apprit que le sang était bien le résultat de l'éjaculation.

C'était la première fois que je constatais une éjaculation sanglante chez un hémorroïdaire dont les hémorroïdes ne fluaient pas et qui n'était porteur d'aucune lésion de la prostate, des vésicules séminales, de l'urèthre, ni de la vessie ou des reins. Je pensai à une sorte d'hémorrhagie supplémentaire et prescrivis de l'hydrothérapie. Je dois ajouter qu'il avait souvent, à ces mêmes époques de suppression de flux hémorroïdal, des épistaxis abondants et répétés. Sa santé générale en demeura parfaite.

En 1886 (mars et juin), son flux hémorroïdal se supprima de nouveau. Nouvelles éjaculations sanglantes ou rouillées. J'ai examiné à plusieurs reprises le résultat de l'éjaculation, et je n'y ai trouvé que des globules rouges normaux, en outre des éléments anatomiques contenus normalement dans le liquide spermatique.

Faut-il admettre qu'il s'agit dans ce cas de dilatation des veines hémorroïdales moyennes, ou simplement d'hémorrhagies supplémentaires? Cette opinion m'a paru la plus plausible, car, malgré l'examen local le plus minutieux et avec la conviction anticipée que je trouverais une altération des vésicules séminales ou de quelque partie de l'appareil génital, il m'a été impossible de rien découvrir, et la santé du malade n'a pas cessé d'être parfaite (LANSAC, *Thèse de Paris, communication orale du Dr HAMONIC*).

Presque au début de ce travail, nous avons esquissé rapidement le système d'irrigation des vésicules séminales; nous avons vu que leur lacis artériel est alimenté par l'hypogastrique, par l'hémorroïdale moyenne, la déférentielle, et la vésicale inférieure.

Quand elle existe, l'hémorroïdale moyenne, venant de la honteuse interne ou de l'iliaque interne, est commune directe-

ment ou indirectement à la terminaison du gros intestin, au rectum et aux vésicules séminales. Il n'est donc pas étrange qu'une perturbation dans la circulation propre d'un de ces organes ait sa répercussion sur les autres.

Gillette (Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens, *Journal de Robin*, 1869, p. 485) divisait, comme nous l'avons déjà dit, le plexus veineux intra-pelvien en trois groupes, dont l'un, le postérieur, le seul qui nous intéresse ici, « communique largement avec le plexus prostatique et hémorroïdal ».

Donc, nous admettons que les veines hémorroïdaires ne cédant pas sous l'afflux de sang, la pression sanguine se réparant dans leur voisinage, les vaisseaux de la prostate, des vésicules séminales, seront fortement congestionnés; mais qu'une excitation génitale, coït, masturbation, simple pollution même, vienne à se produire, les capillaires céderont et nous aurons une éjaculation sanglante.

Il se produit un mécanisme analogue à celui des hématomés supplémentaires chez la femme; au moment des règles, il existe dans tout l'organisme une surpression sanguine évidente, et si ce flux sanguin ne peut pas s'épancher par l'utérus, il cherchera une autre voie de moindre résistance, telle la muqueuse stomacale qui est tout naturellement désignée en raison de sa richesse vasculaire et de la faible protection de ses capillaires.

A ce sujet, il nous vient en réminiscence une théorie d'un auteur dont nous regrettons d'avoir oublié le nom et qui, à propos de stases sanguines capillaires qui surviennent dans quelques maladies de langueur, laissait entrevoir la possibilité, pour les globules rouges, de passer comme les leucocytes en dehors des vaisseaux à travers leur paroi, soit en se glissant après eux, soit en étant englobés dans leurs prolongements amiboïdes; ce serait une hémorragie par diapédèse. Si cette vue de l'esprit venait à être confirmée, nous ne serions pas autrement surpris que tel fût le mécanisme de bien des hémospermies.

B' Par hypostase.

L'hémospermie par congestion hypostatique se manifeste surtout chez les vieillards et on la remarque rarement chez l'adulte, comme nous le verrons plus loin; elle s'explique physiologiquement par l'état des vésicules et de la prostate sous l'influence de l'âge. Nous n'insisterons pas après tant d'autres sur l'observation de Shurig, rapportant qu'un vieillard voulant se tirer avec honneur d'une lutte amoureuse avec une jeune fille, s'était prémuni contre une défaillance probable de ses moyens, par l'absorption d'un aphrodisiaque, rendit du sang au lieu de sperme. Le cantharide autrefois, comme aujourd'hui d'ailleurs, faisait partie de l'arsenal des excitants génitaux, et il est fort possible que l'éjaculation de sang chez notre vieillard fut plus simplement une hématurie d'origine cantharidienne.

OBSERVATION IX

Le 31 mars 1883, j'eus l'honneur d'assister mon maître, le professeur Trélat, appelé par son collègue le professeur Hardy, pour ouvrir un énorme abcès de la cuisse droite chez M. X..., banquier à Paris, âgé de 59 ans. Cette intervention chirurgicale, par le fait de phénomènes adynamiques qui l'avaient précédée et surtout qui la suivirent, nécessita pour le malade un séjour au lit de près de trois mois, puisque c'est seulement vers la fin de juin qu'il commença à se lever. Il est à noter que pendant cette longue période d'alitement, en raison de sa lésion du membre inférieur, M. X... garda constamment le décubitus dorsal. En outre, le bassin et les organes pelviens se trouvèrent durant tout ce temps dans une position déclive, parce que, d'une part, le pied fut toujours soulevé par des coussins et que, d'autre part, un amoncellement d'oreillers maintenait le tronc et la tête dans une position presque verticale, pour éviter les accès de dyspnée qui se reproduisirent fort souvent. Le malade, bien qu'en pleine convalescence, ne s'était point levé; quand, le 19 juin au matin, au moment de ma visite quotidienne, je le trouvai non seulement inquiet, mais tout bouleversé. Voici ce qui s'était passé :

Pendant la nuit précédente, M. X... avait eu une pollution un peu douloureuse qui l'avait réveillé. Le dernier coït remontait au commencement du mois de février, et aucune pollution nocturne ne s'était manifestée durant sa maladie. Mais ce qui effrayait tant notre convalescent, ce n'était par la perte spermatique elle-même, c'était que le liquide séminal avait été, me disait-on, fortement taché de sang. En effet les draps de lit, la chemise portaient des taches caractéristiques empesées et colorées en rouge très foncé. J'explorai séance tenante la prostate et les vésicules séminales par le toucher rectal. Cette exploration fut à peu près négative, seule la prostate paraissait un peu congestionnée. Pour rassurer complètement le malade, M. le professeur Guyon voulut bien l'examiner quelques jours plus tard. L'exploration digitale du rectum compléta pleinement le premier examen.

Aussi le pronostic porté par mon maître fut-il tout à fait bénin. Cependant, quelques semaines après, dans le courant du mois d'août, M. X..., qui était allé terminer sa convalescence à Ischl, en Autriche, m'écrivait qu'il venait d'avoir une deuxième pollution nocturne (il n'en avait point eu d'autre depuis le 19 juin). Celle-ci, tout en présentant une teinte rouillée très nette, était infiniment moins colorée que la précédente.

Depuis, pareil fait ne s'est jamais reproduit. M. X..., de retour à Paris, a repris les rapports sexuels avec la fréquence relative que lui permet son âge (il a aujourd'hui 63 ans). Je l'ai revu à plusieurs reprises depuis ces quatre dernières années, et jamais il n'a eu à me signaler quoi que ce soit d'anormal dans ses éjaculations soit volontaires, soit involontaires (Dr JAMIN, cité par LANSAC, dans thèse de Paris, 1887).

Les vésicules séminales et la prostate subissent avec l'âge des modifications profondes de la plus grande importance, et ce que nous disons des unes peut aussi se dire de l'autre.

Les vésicules chez le vieillard conservent exceptionnellement leurs dimensions normales ; elles tendent quelquefois vers l'atrophie, subissant une sorte de rétraction permanente, les parois s'épaississent, deviennent fibreuses, la cavité s'amointrit jusqu'à disparaître complètement.

Le plus souvent, au contraire, elles s'élargissent, perdent toute consistance, les parois s'amincissent, du tissu conjonctif s'insinue à travers le tissu musculaire, et la muqueuse, perdant tous ses plis, devient presque lisse.

Dans le réseau vasculaire, les changements ne sont pas moins grands, et si les artères conservent à peu près leur volume primitif, il n'en est pas de même des veines qui sont profondément modifiées; leur réseau devient d'autant plus apparent que le sujet avance en âge; elles sont véritablement moniliformes par suite de formations variqueuses et contiennent alors fréquemment des caillots ou des phlébolithes; c'est principalement dans le plexus prostatique et hémorrhoïdal qu'on les trouve.

Ces formations sont constituées par des caillots qui s'incrustent de sels calcaires; ils se trouvent de préférence dans les sacs variqueux des veines prostatiques; ils peuvent être très nombreux, et leur volume atteint quelquefois celui d'une lentille; quelquefois encore, ils sont suspendus par un pédoncule filiforme, aux parois de la veine; ce sont des *embolus* athéromateux.

Guelliot rapporte que Péan, « en ouvrant le cadavre d'un sujet mort avec des symptômes d'infection purulente consécutive à une prostatite suppurée, a vu la prostate et les vésicules entourées d'un plexus richement variqueux; l'intérieur des veines était occupé soit par des caillots, soit par du pus bien formé ».

Quand la circulation est entravée ou arrêtée dans des veines plus ou moins oblitérées par ces caillots ou ces phlébolithes, les capillaires s'anémient et perdent leur résistance, déjà bien réduite par les phénomènes de dégénérescence que l'âge imprime aux parois vasculaires.

L'état congestif de la prostate chez l'homme âgé est tellement fréquent, qu'on le pourrait dire physiologique, et comme le dit Desnos : « Toute cause qui favorise la stase veineuse crée un état congestif de la prostate. Tels sont : la position assise longtemps prolongée, la constipation, une retenue forcée de l'urine, des excès de table, de coït, etc..., etc... », et à cela nous ajou-

terons aussi, les obstacles que les phlébolithes apportent au cours du sang.

Que dans ces conditions une excitation génitale quelconque remette en action des organes accoutumés au repos, ceux-ci deviendront le siège d'une congestion intense et inaccoutumée pour eux, qui déterminera l'hémospermie par embolie capillaire.

Quelques auteurs, Van Burey et Keger entr'autres, ont signalé le liquide blanc crémeux, peu visqueux, qui s'écoule de la prostate dans le cas de congestion physiologique ou après des excitations sexuelles prolongées; d'un autre côté, dans les circonstances que nous venons de passer en revue, l'hématurie d'origine prostatique peut se faire avec la plus grande facilité, un cathétérisme, un décubitus dorsal prolongé même suffisent pour le provoquer; le mélange de ce sang avec le liquide prostatique peut donc faire croire à tort à une hémospermie, et cela d'autant mieux que cette humeur, ainsi que le fait remarquer Guyon, au lieu de couler par le méat, s'en échappe par petits à coups qui simulent une éjaculation; ce sera une hémoprostatorrhée.

Ajoutons encore qu'elle peut concorder avec une hémospermie vraie et qu'il sera alors difficile sinon impossible de déterminer la part qui revient à chacune d'elles.

B^s Compression répétée de la région périnéale.

Nous avons eu un instant d'hésitation avant d'étudier l'hémospermie par compression de la région périnéale; nous ne connaissons que l'observation ci-après de Jamin qui s'y puisse rapporter, et nous ne nous dissimulons pas que les conclusions que nous en tirons sont discutables en raison du manque de détails. Cependant, comme dans de rares cas de traumatisme on a constaté des lésions des vésicules ou de la prostate prises ensemble ou séparément et indépendamment de toute action microbienne, il ne serait pas impossible que des éjaculations se produisant alors fussent ensanglantées.

OBSERVATION X

M. N..., 61 ans officier ministériel à Paris, vient en consultation le 10 septembre 1890; il vient d'avoir, il y a trois jours, une légère pollution nocturne sanguinolente ce qui ne lui était jamais arrivé; le sperme était rouge brun.

Après m'être assuré qu'il ne peut exister chez lui aucun soupçon de blennorrhagie, je l'interroge sur les circonstances qui ont précédé son accident d'hémospermie, et j'apprends que depuis plusieurs mois il n'a pas eu de rapports sexuels, alors que l'année précédente il pratiquait le coït tous les huit ou dix jours en moyenne. Mais sa femme, après la ménopause, a présenté quelques symptômes peut-être imputables à un début de cancer utérin et toute relation intime a cessé depuis l'automne de 1889. Au printemps de cette année, M. N... s'est livré avec ardeur à l'exercice de la bicyclette et, depuis les vacances, il fait avec son fils plus de 3 ou 400 kilomètres à bicyclette, dont la petite selle, très étroite, s'emboîte exactement dans le périnée sur lequel elle exerce une pression continue et auquel elle transmet les nombreuses trépidations de la route.

Le toucher rectal ne révèle rien du côté des testicules; la prostate est un peu grosse, mais régulière et non sensible à la pression du doigt.

Traitement : Abandon de la bicyclette, longues marches à pied, hydrothérapie, laxatifs et lavements pour combattre son habituelle constipation (JAMIN).

En raison de leur situation profonde par rapport au périnée, et ainsi protégées, les vésicules séminales ne peuvent être lésées directement que seulement dans le cas d'un violent traumatisme avec pénétration; mais bien qu'un choc dans cette région puisse entraîner leur inflammation par propagation, une compression répétée peut aussi y produire un état congestif plus ou moins intense : cependant la prostate, plus rapprochée de l'extérieur et par suite plus exposée, pourra être plus particulièrement atteinte, et devenir seule le siège de l'hémorrhagie.

Il est regrettable que l'auteur de l'observation n'ait pas pu la compléter par l'examen du liquide émis, mais ce qui nous confirmerait qu'il s'agit ici d'une hémoprostatorrhée, et non d'une hémospermie vraie, c'est que le toucher rectal dénonce un volume anormal de la prostate, et qu'il est muet en ce qui concerne l'état des vésicules, qu'on ne saurait d'ailleurs reconnaître à la palpation que si elles étaient malades, car suivant l'aphorisme de Guelliot concernant le toucher rectal « une vésicule que l'on peut reconnaître avec le doigt est une vésicule malade ».

B^a Calculs uréthro-prostato vésiculaires.

Certains auteurs ont émis l'idée que l'hémospermie pourrait être due aussi à des calculs uréthro-vésicaux. Que certains de ces calculs déchirent le canal dans leur trajet en produisant une hémorrhagie ce n'est pas là chose anormale, et il est facile de concevoir que chez un sujet, dont le canal saigne par éraillure venant du déchirement de la muqueuse par le passage du calcul, si une éjaculation se produit à cet instant ou peu après, celle-ci pourra être teintée de sang.

De même si le calcul siège dans la vessie; nous savons en effet que les calculs vésicaux produisent quelquefois d'abondantes hémorrhagies qui pourraient ensanglanter une éjaculation concomitante.

Nous nous empressons d'ajouter qu'en raison de la simultanéité de circonstances très particulières qu'il exige, ce phénomène doit être extrêmement rare, et plus hypothétique que réel.

OBSERVATION XI

M. R... ne présente comme antécédents qu'une blennorrhagie de courte durée et bien guérie en 1885. En 1886, chancre mou et bubon. Le malade se souvient que dans son jeune âge il a éprouvé des douleurs mal localisées dans la région du rein gauche, douleurs qui

ont persisté jusqu'à ce qu'il ait eu 24 ans. Depuis lors, il n'a rien ressenti.

En mai 1890, ce jeune homme vient me demander conseil au sujet d'une éjaculation sanglante qu'il a eue à l'occasion d'un rapprochement sexuel et qui l'a fort effrayé. La veille déjà, 8 mai, sans cause connue, M. X... avait constaté que ses urines étaient un peu sanglantes, et avait ressenti quelques douleurs vagues dans la région du petit bassin.

Le malade est interrogé très soigneusement. A part les douleurs éprouvées pendant nombre d'années dans la région rénale gauche, il affirme n'avoir jamais éprouvé la moindre souffrance, la moindre gêne du côté de l'appareil génito-urinaire.

Nous proposons au malade le cathétérisme explorateur auquel il se refuse absolument. En désespoir de cause, nous lui recommandons de s'abstenir de tout rapprochement sexuel, et nous lui prescrivons de grands bains et des bols térébenthinés.

Le 24 mai, oubliant nos conseils, ne ressentant plus de douleurs, M. D... se livre de nouveau au coït, et a une nouvelle hémospemie. Il prend alors des bains, et continue la médication térébenthinée. Mais à l'occasion d'une pollution nocturne, l'hémospemie s'étant reproduite, le malade vient nous voir le 18 tout en nous avertissant qu'il se refuse à une exploration instrumentale. Force nous est de nous contenter du toucher rectal qui nous révèle les faits suivants.

La prostate est notablement tuméfiée, dure, douloureuse; les vésicules sont également hypertrophiées. Le malade est constipé; la défécation est pénible et douloureuse. La paroi abdominale est souple, la percussion ne dénote aucune augmentation de volume de la vessie, la palpation éveille dans toute cette région des douleurs qui semblent assez vives. On institue un traitement d'expectative : lavements tièdes laudanisés, suppositoires belladonés.

Le 19, le jeune homme revient, sa physionomie est pâle et défaite, il nous dit que le 18, aussitôt après nous avoir quitté, il fut pris de douleurs abdominales fort vives, puis quelque temps après, de fréquentes envies d'uriner, qu'il ne peut satisfaire qu'incomplètement. Comme les bains paraissaient l'avoir soulagé, il en prend un d'une heure qui le calme imparfaitement.

Durant l'après-midi du 19 et dans la première moitié de la nuit, les mêmes douleurs reprennent avec une intensité croissante, les urines sont rares, teintées de sang; enfin, vers trois heures du matin, le malade est pris d'une crise de douleurs épouvantable, à la suite desquelles il éprouve, dans son canal, la sensation du passage d'un fer rouge, et arrive à provoquer l'expulsion d'un calcul.

L'expulsion est suivie d'une hématurie abondante, qui, jointe à la fatigue et aux souffrances éprouvées par le malade, fait tomber ce dernier en état de syncope (HUGHES).

Robin attribuait certaines hémospermies aux sympexions du sperme, séjournant dans les vésicules séminales, tant par l'irritation qu'ils peuvent causer, que par les déchirures qu'ils peuvent occasionner de la tunique externe des vaisseaux qui rampent contre les parois à l'intérieur de ces vésicules; peut-être même n'était-il pas trop éloigné de croire encore que ces calculs, par l'obstacle qu'ils pouvaient opposer à la libre sortie du sperme quand ils obstruent les conduits éjaculateurs, pouvaient, par contre-pression, favoriser la formation de foyers hémorrhagiques dont le produit se mélangerait au sang évacué.

Par analogie avec le rôle que Robin et d'autres avec lui faisaient jouer aux calculs vésiculaires comme cause d'hémospermie, Reliquet a pensé que les calculs prostatiques pouvaient agir de même, et tout porte à croire que ses vues étaient justes, car non seulement les calculs d'origine prostatique ou même provenant de la vessie peuvent occasionner des déchirures de la muqueuse en s'enclavant de force dans le conduit prostatique, en donnant ensuite naissance à l'hémorrhagie, mais encore les calculs endo-prostatiques qui sont logés dans les tissus de la prostate peuvent déterminer un processus inflammatoire avec hémorrhagie.

Dans l'observation que nous venons de voir, nous constatons que la prostate, ayant seule ou principalement été douloureuse, était la cause de tout le mal, le calcul était enclavé dans l'urèthre prostatique, et comme dans le début il gênait peu ou pas les fonctions urinaires ou spermatiques, il passa d'autant plus

facilement inaperçu que le malade se refusait obstinément à un cathétérisme d'exploration. Plus tard, ce calcul révéla sa présence par les troubles qu'il apportait principalement aux fonctions spermatiques jusqu'au moment de son expulsion, tandis qu'il demeurait presque sans retentissement sur les fonctions urinaires.

Nous avons vu l'importance que Robin attachait aux calculs de la vésicule, parmi lesquels il faut ranger les sympexions, dans la production de l'hémospermie, et nous avons fait connaître dans ses grandes lignes la façon dont il concevait le mécanisme des hémorrhagies qu'il leur attribuait.

Pratiquement, jamais la littérature médicale n'en a fait mention, et Guelliot dit à ce sujet : « Par analogie à ce qui se passe dans la vessie, on pourrait penser que la muqueuse laisse sourdre une certaine quantité de sang qui, mélangé au liquide de l'éjaculation, constituerait une hémospermie. Mais, en pareille matière, il faut des observations probantes et elles manquent réellement.

Ce n'est pas que les calculs vésiculaires soient choses rares ; on voit, par exemple, des sympexions formés de grumeaux assez volumineux pour faire plus ou moins obstacle à l'éjaculation et devenir ainsi une des causes d'*aspermie* ; ils sont alors réunis en masses uniformes ou en polyèdres à angles émoussés ; ils sont solubles dans l'acide acétique qui les gonfle et les éclaircit d'abord ; à l'écrasement, ils présentent la consistance de la cire demi-molle.

Guelliot rapporte un cas d'autopsie d'un sujet mort tuberculeux, et chez lequel la vésicule droite, plus développée que la gauche, était bourrée de sympexions agglomérés : « Si l'on pousse de l'eau par les déférents, et qu'on force l'injection, on voit la vésicule se distendre, puis tout à coup il sort de l'orifice de l'éjaculation un grumeau qui est lancé à 20 ou 25 centimètres, le jet s'interrompt de nouveau par l'arrivée d'un gros sympexion dans l'éjaculation. Les grumeaux sont friables, s'écrasent sous le doigt ; ils sont formés d'une agglomération irrégulière de corps transparents ayant tous les caractères des sympexions.

D'autres calculs sont constitués à peu près comme les calculs prostatiques par des concrétions minérales, formés d'un mélange de phosphate de chaux et de carbonate de chaux ou un peu de matière organique qui semble jouer le rôle de ciment : leur dimension peut aller depuis celle d'un grain de sable jusqu'à celle d'un noyau de cerise.

Ce que nous disons des calculs des vésicules séminales n'est que pour faire comprendre la possibilité d'hémospermies causées par leur présence ; nous sommes convaincu qu'il en existe, et que la difficulté de bien les différencier des autres en a seule empêché la constatation jusqu'à ce jour.

B⁷. Rétrécissement.

C'est à Leroy d'Etiolles qu'il faut remonter pour trouver une mention d'éjaculation sanglante consécutive à un rétrécissement, et depuis, la littérature médicale en a rapporté quelques exemples, sans cependant ajouter d'explications à ce phénomène, ou n'en donnant que de peu satisfaisantes ; ainsi celle qui a prévalu généralement, et d'après laquelle le sang proviendrait de la prostate par l'obstacle que cause à la circulation le tissu cicatriciel de rétrécissement.

L'observation suivante permettra d'en trouver de plus simples et de plus rationnelles.

OBSERVATION XII

Une personne, âgée de 28 ans, vint un jour me consulter, et me fit le récit qui va suivre : c'était un neurasthénique, il n'avait jamais eu de lésions dans la région génito-urinaire, sauf qu'il avait quelques années auparavant contracté une blennorrhagie d'assez longue durée.

Il y a quelques mois il avait remarqué qu'après l'acte sexuel se produisait une hémorrhagie qui disparaissait sans laisser de suites fâcheuses. Quand il observa pour la première fois ces éjaculations sanglantes, comme jusqu'à ce moment il n'avait jamais eu d'hémor-

rhagies après l'acte sexuel, il crut au retour des règles chez la personne avec qui il accomplissait le coït.

J'examinai le malade, et ne trouvai aucune obstruction dans l'émission de l'urine. Ne sachant à quelle cause attribuer cette hémospémie, je fis le cathétérisme de l'urèthre, et, à trois pouces et demi du méat, je trouvai un rétrécissement assez étendu, douloureux, et, malgré la façon prudente dont je fis l'opération, le cathétérisme fut cause d'une abondante hémorrhagie.

La prostate, les vésicules séminales étaient absolument saines. Je fis la dilatation du rétrécissement, et je constatai la disparition de ces éjaculations sanglantes (LYDSTON, Hemorrhagic emission. In *New-York Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1894).

De ce que nous avons donné une observation d'hémospémie due à un rétrécissement d'origine blennorrhagique, on ne serait pas fondé à conclure qu'ils ne peuvent pas avoir d'autres causes ni que ceux-ci soient seuls susceptibles d'entraîner des hémospémies. Ce sont cependant ceux qu'on rencontre le plus fréquemment et les statistiques nous font voir que sur 100 rétrécissements 85 sont dus à la blennorrhagie; un peu plus de 12 ont des ulcérations chancreuses et le reste a des traumatismes.

D'origine inflammatoire, les rétrécissements consécutifs à la blennorrhagie sont dus à une transformation scléreuse des parois du canal et des tissus sous-muqueux; « ils siègent toujours dans le cul-de-sac du bulbe quand il n'y en a qu'un et, s'il y en a plusieurs, le plus étroit se trouve toujours sur ce point » (Bouilly).

Dans l'observation qui précède, le malade contracte une blennorrhagie, à la suite de laquelle survient un rétrécissement très douloureux et qui saigne très facilement, à l'occasion du cathétérisme par exemple; les vésicules, la prostate sont saines; Lydston ajoute que l'hémospémie ne reparut plus après la dilatation; on ne pouvait pas mieux mettre en évidence les relations de cause à effet.

Le mécanisme de l'hémospémie par rétrécissement paraît des plus simples : le tissu scléreux qui le constitue ne présente

pas la même élasticité que le tissu indemne qui l'environne et qui est richement vascularisé; de là, au moment de l'érection, des tiraillements en rapport avec son énergie; il en résulte de petits déchirements qui donnent issue à du sang que le sperme entraîne en se mélangeant à lui quand se produit l'éjaculation.

Contrairement à ce que nous avons vu jusqu'ici, les hémospERMIES que nous allons étudier maintenant sont d'origine très particulière, dues qu'elles sont à une action infectieuse, et les agents auxquels nous devons les rapporter sont d'abord : le gonocoque dont l'action est toujours si importante dans les affections des organes génito-urinaires, puis ensuite le bacille de Koch lorsqu'il s'agit de manifestations tuberculeuses.

A³ HémospERMIE d'origine infectieuse.

B¹ Blennorrhagie.

C¹ Uréthrite.

L'uréthrite est l'inflammation de l'urèthre de causes multiples et variées, nous devons cependant mentionner la tendance actuelle à les ramener toutes à une origine infectieuse, blennorrhagie ou tuberculose, à l'exception tout au plus de celles qui sont d'origine traumatique.

Les éjaculations sanglantes dans l'uréthrite ne sont pas précisément rares, et, comme il serait trop long d'énumérer les constatations auxquelles elles ont donné lieu, nous citerons seulement en passant les suivantes qui font absolument autorité.

Nélaton note que le sperme est quelquefois sanguinolent, et il pense que le sang pourrait bien provenir de muqueuses uréthrales. Pour Le Dentu, l'uréthrite profonde peut donner lieu à des éjaculations sanglantes; enfin le professeur Pousson écrit : « Le sperme, au lieu de s'échapper en jet, coule en bavant, et est souvent strié de sang... »

OBSERVATION XIII

M. X... eut une première chaudepisse à 19 ans, en 1902-1903; d'une gravité moyenne, elle fut traitée par le copahu et le cubèbe pendant trois semaines, et en même temps par des injections au permanganate de potasse. Au bout de trois semaines, l'écoulement avait notablement diminué : deux mois après, il ne restait plus qu'un léger suintement pendant le jour, et le matin une goutte franchement purulente. Plusieurs essais de cessation du traitement par injections provoquèrent invariablement une recrudescence de l'écoulement; aussi durent-elles être continuées pendant six mois environ.

Quatre mois après la première manifestation de sa blennorrhagie, M. X..., dans un coït *mouvementé (sic)*, ressentit vers le milieu du canal, une douleur violente, une sensation de déchirement. Le coït fut cependant achevé et fut suivi d'une hémorrhagie assez abondante, qui s'arrêta spontanément après quelques minutes; il n'y eut plus de récédive, du moins avec autant d'abondance. Quelques jours après, le malade fut frappé par une coloration bizarre du sperme, et plusieurs fois ensuite, M. X... constata chez lui un sperme rosé parfaitement homogène; peu après, le phénomène disparut sans laisser de traces (Personnelle).

La constatation d'une douleur violente dans le milieu du canal, localise parfaitement le siège hémorrhagique dans l'urèthre; elle est due probablement à la rupture d'un vaisseau d'une certaine importance, puisque l'éjaculation fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante, et les éjaculations rosées qui suivirent pendant quelque temps, semblent indiquer une cicatrisation imparfaite du vaisseau lésé, à moins qu'elles ne soient dues à des suintements de sang sous la poussée de l'érection.

Rollet dit : « Les malades auxquels il arrive des pertes séminales pendant la période aiguë de la blennorrhagie, déclarent tous éprouver une vive souffrance, et, chez beaucoup, il se fait une hémorrhagie légère probablement par distension brusque et éraillures de la muqueuse uréthrale »; et plus loin : « Dans

l'état aigu de la blennorrhagie, l'écoulement est parfois strié de sang; il peut aussi survenir une hémorrhagie du canal chez les malades qui ont des pollutions, qui se livrent à la masturbation, au coït... » (Art. *Blennorrhagie* dans Dechambre).

Les lésions de l'urèthre qui permettent ici l'explication de l'éjaculation sanglante sont principalement la desquamation de la muqueuse qui est la conséquence de la chute de l'épithélium qui la tapisse, et on observe quelquefois des ulcérations. Nous ne devons pas oublier non plus qu'il existe des blennorrhagies séro-sanguinolentes qui indiquent un délabrement intense de la muqueuse.

Dans la période de déclin de l'urétrite, quand l'épithélium se reforme par endroits, déterminant ainsi des plages de tissu cicatriciel, le mécanisme de l'hémospémie serait analogue à celui que nous avons exposé quand nous parlions des rétrécissements, c'est-à-dire tension inégale des parois du canal par l'érection, avec, pour conséquence, tiraillements et éraillures dans les parties non encore cicatrisées. De plus cette érection, par la congestion intense qu'elle produit, laissera sourdre le sang dans le canal comme un liquide qui suinte par les fêlures d'un vase trop rempli.

C². Prostatite.

La prostatite a sa cause la plus fréquente dans la blennorrhagie, en raison de la marche en avant du gonocoque, or nous avons vu précédemment que les congestions prostatiques peuvent donner lieu à l'écoulement du sang qui se montre dans l'éjaculation sanguine, mais celles qui sont d'origine blennorrhagique doivent être plus particulièrement incriminées.

Ces hémorrhagies sont plus rares dans les prostatites aiguës en raison de leur tendance rapide à la suppuration, mais c'est dans le cas de prostatite chronique, c'est-à-dire quand la congestion se fera lentement et sûrement, qu'il nous sera donné de constater ce phénomène, et il convient d'ajouter que la personne atteinte de cette affection n'étant que peu ou pas gênée pour

pratiquer le coït, provoque ainsi les manifestations d'éjaculations ensanglantées.

OBSERVATION XIV

Le malade est un homme de cinquante ans, bien portant; cependant, vers l'âge de vingt-cinq ans, il eut une chaudepisse compliquée de cystite. Quelques semaines avant qu'il ne vint nous voir, il remarqua que ses éjaculations étaient d'un rouge brun, elles avaient lieu sans douleur. Il avait aussi la sensation d'une masse dans la région inguinale droite, quoique on ne pût rien y trouver.

A l'examen on ne trouvait pas d'écoulement urétral; son urine était parfaitement claire; pas d'albumine, peu de sucre, on ne constata rien d'anormal dans la région inguinale droite; jamais eu de symptômes d'épididymite. Cathétérisme facile, urèthre lisse; au toucher, prostate élargie, difficulté d'atteindre le bord supérieur, le lobe droit est plus grand que le gauche. Après un léger massage, on ne put rien exprimer hors du méat. Pas de maladie des vésicules. La seule cause à laquelle on pourrait attribuer l'hémospermie, serait la prostatite chronique.

Quelques semaines après sa visite, ce malade me fit parvenir un morceau de drap qui avait été coloré par pollution nocturne, sa couleur était chocolat foncé; à l'examen après lavage, on distinguait quelques corpuscules sanguins. Je lui indiquai un traitement et perdis de vue ce malade (LYDSTON, *loc. cit.*)

OBSERVATION XV

M. D... voit une première blennorrhagie se déclarer le 8 juin 1880. La période aiguë, qui dure une dizaine de jours, est caractérisée principalement par la cuisson au moment de la miction, et des érections très douloureuses.

Traitement : Tisane de chiendent et bains quotidiens.

Après la période aiguë, M. D... se traite pendant quelques jours à l'opiat de copahu et de cubèbe; mais les violentes coliques que détermine ce médicament le font remplacer par le santal citrin : l'écoule-

ment diminue et disparaît complètement à la fin d'août. Cependant, depuis quelque temps déjà, le malade ressentait des pesanteurs à l'anus, et les garde-robes étaient douloureuses, ce qui nécessitait l'emploi fréquent de lavements. Malgré ces symptômes, M. D..., se croyant guéri, se livre de nouveau au coït; mais les deux premières éjaculations, un peu douloureuses, *sont nettement sanguinolentes*; celles qui suivent ne causent plus de souffrances et ne sont que très légèrement teintées de sang. Sur ces entrefaites, l'écoulement reparaît sans symptômes bien aigus, pour finir définitivement vers le commencement d'octobre. A aucun moment il n'y a eu de symptômes d'épididymite (GUELLIOT, *loc. cit.*).

OBSERVATION XVI

V... (Léon) contracte une chaudepisse dans les premiers jours de janvier 1881.

En février, survient une cystite assez violente; alors les érections deviennent de plus en plus douloureuses et s'accompagnent de pollutions dont l'une est *sanguinolente*.

Le lendemain de cette dernière, le 3 février, apparaît une douleur dans l'aine qui disparaît le jour suivant.

Du 6 au 11, il y a une amélioration notable; mais, à ce moment, le testicule gauche gonfle et le patient entre à l'hôpital avec une épидидymite gauche; le gonflement et la douleur remontent le long du déférent, jusqu'au voisinage de l'anneau.

Par le toucher rectal, on constate les particularités suivantes : la prostate, sans augmentation de volume, *est douloureuse, principalement dans son lobe gauche*; le col de la vésicule droite est sensible, celui de la gauche l'est beaucoup plus; la pression à son niveau produit une vive douleur et provoque un besoin d'uriner.

Le 16, apparaissent des douleurs assez vives dans le ventre, surtout dans la région sus-inguinale gauche.

Le 17, nous trouvons le malade avec une température de 39° 2, des envies de vomir, un ventre très sensible; on assiste au début d'une péritonite (purgation, bain prolongé, opium, large cataplasme sur la région hypogastrique).

Le soir, il y a de la fièvre (T. 40°), de la céphalalgie, il y a eu pendant le jour deux selles douloureuses.

Dès le lendemain, il se produit une amélioration manifeste : la sensibilité du cordon et du ventre diminue rapidement, et, le 2 mars, V... peut quitter l'hôpital.

Il reste pendant longtemps un suintement urétral qui, en octobre, à la suite de rapports sexuels, repasse à l'état aigu. Un mois après, le 4 novembre, nouvelle épididymite gauche, accompagnée encore d'une déférentite très manifeste; puis surviennent des vomissements, de la céphalalgie, une douleur inguinale, mais les symptômes sont moins marqués que la première fois. De nouveau aussi, nous constatons la sensibilité de la prostate, qui cette fois est un peu tuméfiée; et celle du col de la vésicule droite, qui donne au doigt la sensation d'une plume d'oie et est très douloureuse.

Le malade ne quittait définitivement l'hôpital que le 15 décembre (GUELLOT, *loc. cit.*).

Dans sa thèse, Legay disait que tout ce qui favorise la congestion de la prostate favorise l'éjaculation sanglante; or le coït produira une hypercongestion en augmentant, par l'état congestif qu'il crée, la congestion d'un organe déjà congestionné; les tissus vasculaires céderont alors d'autant plus facilement, donnant ainsi naissance à l'hémorrhagie.

Dans les cas de prostatite chronique, « il n'est pas rare de rencontrer une éjaculation rapide, suivant presque immédiatement le début de l'érection. Cette éjaculation est tantôt indolente, tantôt, et le plus souvent, accompagnée d'une sensation vive, passagère, de déchirure profonde. Souvent le sperme est mélangé de sang » (Campenon, art. *Prostate* du Dechambre).

M. Le Dentu explique l'hémorrhagie par la distension brusque de la partie prostatique du canal qui participe toujours plus ou moins à la phlegmasie glandulaire.

Nous nous trouvons ici absolument dans le cas déjà vu d'hypertrophie de la prostate, et c'est toujours la congestion intense de cet organe, occasionnée ici par l'agent infectieux, qu'il faut rendre responsable des éjaculations sanglantes.

C³ Vésiculite.

La vésiculite est l'inflammation d'origine blennorrhagique des vésicules à laquelle on a le plus généralement attribué les hémospermies ; elles seront douloureuses dans le cas de vésiculite aiguë et indolores ou à peu près dans la vésiculite chronique.

Suivant Vidal de Cassis et Fournier, l'éjaculation sanglante aurait lieu quand l'inflammation de l'urèthre gagne les vésicules ; Velpeau constate qu'elle peut lui être consécutive, de même Desruelles ; pour Gosselin, l'épididymite semble avoir précédé ; Rapin, Hardy admettent la concordance avec l'épididymite. Ricord, de son côté, établit que dans les épididymites, le gonflement siège sur les vésicules et le canal déférent du même côté, et nous voyons dans l'Observation XVI le lobe gauche de la prostate, le col de la vésicule gauche, plus douloureux qu'à droite. Guyon n'admet que la vésiculite enflammée comme cause d'hémospermie. Wood Ruggles donne une observation que nous reproduisons ici d'hémospermie d'origine vésiculaire. Enfin Maradeix prétend que la spermatocystite blennorrhagique est plus fréquente qu'on ne le croit généralement et si on ne la constate pas plus souvent, dit-il, c'est qu'on ne la cherche pas.

OBSERVATION XVII

M. C..., marié, âgé de 23 ans ; vu pour la première fois le 21 octobre 1899 ; à 33 ans, il contracta une chaudepisse durant laquelle il se livra à toutes sortes d'excès ; il en résulta des rétrécissements qui furent guéris par la dilatation ; pas de troubles locaux ; il eut, il y a un an, un léger écoulement qui fut arrêté après quelques jours.

Depuis le mois de janvier, il remarqua que son sperme était teinté de sang, tantôt de couleur chocolat, quelquefois plus clair, mais jamais incolore cependant ; ce n'était pas une hémorrhagie survenant après l'éjaculation et l'urine n'était aucunement ensanglantée.

Etat présent : Urine claire contenant quelques filaments formés

principalement de cellules épithéliales; quelques bactéries; pas de gonocoque.

Uréthroscopie pratiquée avec le tube de Crook n° 25; il est introduit avec quelques difficultés, mais cependant sans douleurs bien vives. L'urèthre prostatique était extrêmement rouge, congestionné, avec quelques ulcérations; l'urèthre antérieur est congestionné aussi, il saigne avec abondance et les replis normaux font presque tous défaut.

Prostate petite et normale; vésicules difficilement accessibles, en raison d'une forte couche de graisse; elles ne présentent rien d'anormal.

Je pensai que l'origine de l'hémospemie était dans l'urèthre congestionné; pour m'en assurer, me basant sur la curieuse propriété hémostatique de l'adrénaline, afin d'arrêter l'hémorragie uréthrale j'en instillai deux gouttes d'une solution à 10 p. 100 dans l'urèthre postérieur et injectai une pleine seringue de cette même solution dans l'urèthre antérieur. Le sujet accomplit aussitôt après un coït avec un condom.

Il m'en remit le contenu pour l'examiner; le sperme était normal mais ensanglanté; l'hémorragie uréthrale devant être écartée, j'en conclus que le sang provenait des vésicules séminales et, par suite, hors d'atteinte d'un traitement rationnel.

Le malade vient de nouveau me consulter en mars 1901; l'hémospemie existait toujours avec, en plus, le phénomène suivant: il avait fréquemment remarqué qu'après le passage d'un bol fécal un peu dur, le méat laissait sourdre un peu de sperme teinté de sang. Il m'en porta dans une fiole, et au microscope, je trouvai des spermatozoides en grande quantité et de nombreux globules sanguins; ces hématies étaient parfaitement arrondies tandis que d'autres, plus nombreuses, étaient partiellement désagrégées et à contours irréguliers.

Je fis alors laver l'urèthre et la vessie avec une solution d'acide borique, et pratiquai le massage de la prostate; la sécrétion était constituée par le liquide prostatique normal, contenant des petites granulations, quelques cellules épithéliales, et des leucocytes en faible quantité, pas de globules sanguins.

Après un second lavage pratiqué comme le premier, les vésicules séminales furent massées à leur tour, le liquide évacué reçu dans un verre conique, au fond duquel se rassemblèrent des sympexions? (*moonstones*) surmontées d'une solution à stries sanguines. Elle fut centrifugée et le précipité qu'elle abandonna ainsi, examiné au microscope fit voir : beaucoup de matières granuleuses, des spermatozoïdes immobiles, les uns entiers, les autres fragmentés ; peu de leucocytes, beaucoup de globules rouges, les uns entiers, les autres crénelés.

Ces constatations m'amènèrent à diagnostiquer une vésiculite chronique, avec état congestif de la prostate, compliqué d'éjaculations sanglantes (Wood RUGGLES, *Hématospermia*).

OBSERVATION XVIII

En mai 1859, le Dr Michel eut à soigner un homme atteint de blennorrhagie chronique.

Cet homme racontait que depuis le mois de mai 1858 il avait eu plusieurs blennorrhagies qui avaient été traitées par les injections au nitrate d'argent. La dernière avait été particulièrement intense. Le malade avait eu pendant longtemps des envies continuelles d'uriner, avec ténésme vésical. Pendant la nuit, il avait eu à plusieurs reprises, avec ou sans érection, des pertes séminales *rouillées*, de la contipation avec pesanteur dans la région périnéale et douleurs au moment des selles ; de temps à autre, engorgement douloureux de l'un et l'autre épидidymes.

Le malade était en ce moment porteur d'un écoulement chronique.

Le cathétérisme urétral ne révèle rien. Le toucher rectal permit de constater un épaissement avec induration vers la région occupée par les vésicules séminales. Pression douloureuse à cette hauteur ; prostate insensible.

Diagnostic porte : Inflammation chronique des vésicules séminales. (MICHEL [de Strasbourg]. Cité par LANSAC, *loc. cit.*).

La surpression causée dans les vaisseaux sous la poussée de l'excitation génitale provoque d'autant plus facilement leur

déchirure dans la vésiculite aiguë, que la paroi est ulcérée au même titre que l'urèthre, et ces ulcérations plus ou moins cicatrisées dans la vésiculite chronique seront les points faibles par où se fera l'hémorrhagie.

Nous ajouterons que l'affirmation de la provenance du foyer hémorrhagique ne sera point toujours possible ; si les observations que nous venons de donner de la vésiculite blennorrhagique ont permis de localiser très nettement l'hémospermie dans les vésicules, nous ne devons pas perdre de vue qu'il est fort rare que la prostate ne subisse pas le contre-coup de ces inflammations, plus par contagion que par voisinage et la réciproque est également vraie, si bien qu'il est surtout fréquent de voir les deux organes simultanément atteints, et la distinction entre l'hémospermie vraie et l'hémospermie fausse impossible à faire.

B¹ Tuberculose.

L'hémospermie consécutive à une tuberculose des vésicules séminales est loin d'être aussi fréquente que l'hémoptysie dans la bacillose pulmonaire, bien qu'à première vue elle semble devoir tenir une place importante dans l'histoire de la tuberculose vésiculaire.

Nous serions tenté de croire qu'elle peut être un symptôme important pour aider au diagnostic du processus morbide envahisseur de la vésicule, si l'éjaculation sanglante n'était pas une manifestation des plus rares dans cette affection. La littérature médicale est à peu près muette sur cette particularité, et nous n'avons pu en trouver que de rares observations ; nous en donnons trois : l'une de Guelliot et les deux autres de Desnos, et encore dans le cas de Guelliot, il ne s'agit pas à proprement parler d'éjaculations sanglantes, mais simplement d'un mélange de sperme et de sang constaté à l'autopsie.

OBSERVATION XIX

D..., Gabriel, 53 ans, entre à l'hôpital en 1881, pour une tuberculose pulmonaire dont le début remonte à cinq ans. En 1865, il avait contracté une blennorrhagie de longue durée qui s'accompagna d'orchite double ; on fit la ponction de la vaginale. Depuis trois mois les érections sont abolies. Il y a quelques mois, il s'est aperçu que ses testicules enflaient. Nous constatons, en effet, des lésions de vaginite chronique, avec un petit kyste à la naissance du cordon gauche, et un autre plus gros au niveau de la tête de l'épididyme droit.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le malade succomba à ses lésions pulmonaires.

Nous trouvons la vaginale droite cloisonnée par des tractus fibreux qui limitent des poches complètement séparées, et à gauche, un kyste séreux à la partie inférieure du cordon.

Les vésicules séminales contiennent un liquide *brun*, couleur chocolat foncé. On y voit au microscope, outre des sympexions et de très rares spermatozoïdes, de *nombreux globules rouges*, les uns intacts, les autres altérés, fractionnés, avec des granulations pigmentaires nées évidemment de leur destruction (GUELLIOT, *loc. cit.*).

OBSERVATION XX

M..., employé, 23 ans, a contracté une blennorrhagie à 17 ans qui guérit rapidement et sans laisser de traces. Trois ans après, à 20 ans, sans blennorrhagie nouvelle, il est pris d'envies fréquentes d'uriner. Pendant un certain temps ces mictions restent fréquentes, impérieuses, puis redeviennent normales, pour reparaître bientôt avec leur caractère de fréquence. Cette fréquence en un mot apparaît par intermittences et disparaît de même.

18 août 1885 : Je vois le malade pour la première fois en proie à une crise de cystite des plus violentes, sans blennorrhagie récente, survenue vingt-quatre heures après avoir passé une nuit la fenêtre ouverte.

Le malade a des mictions fréquentes impérieuses ; il urine tous les

quarts d'heure. L'expulsion des dernières gouttes est douloureuse. Il a souvent de l'hématurie, deux ou trois fois par jour en moyenne, surtout le matin.

Les deux épидidymes deviennent douloureux et augmentent de volume; à gauche surtout, de la tête à la queue, on sent des bosselures très nettes.

Toucher rectal : La *prostate* est tendue, un peu grosse, sans bosselures bien nettes, uniformément douloureuse. Les vésicules ne présentent rien d'anormal.

Au bout de quelques jours, le malade quitte Paris. Je le revois le 1^{er} septembre : les symptômes vésicaux se sont beaucoup amendés, il ne reste plus qu'un peu de fréquence de la miction. Je n'ai pas pu faire son examen physique.

12 décembre : Le malade revient me trouver très effrayé d'avoir eu une *pollution nocturne mêlée de sang*, avec douleur s'irradiant vers l'anus. Il croit que le fait s'est déjà produit pendant un coït, il y a huit jours, coït accompagné aussi de douleurs. Depuis quelques semaines, d'ailleurs, les mictions étaient devenues fréquentes et quelquefois douloureuses.

Examen : Epididyme droit bosselé, noyaux durs en relief, surtout au niveau de la queue.

Epididyme gauche aussi gros, uniformément dur, avec quelques bosselures, douloureux à la pression à droite et à gauche.

Prostate : Côté gauche hypertrophié, uniformément douloureux.

Vésicules très augmentées de volume, très facilement *appréciables*.

A droite *douleur très vive*, au niveau du col de la vésicule.

A gauche, douleur aussi intense à la pression; pas de bosselures.

La pression du doigt sur la prostate et les vésicules ne fait sourdre aucun liquide.

Exploration uréthrale : pas de rétrécissement; la traversée prostatique est douloureuse.

Le dernier de tous ces symptômes me fit penser à une tuberculose des organes génito-urinaires.

L'auscultation des poumons semble fournir une confirmation à mon diagnostic présumé.

Le malade est manifestement tuberculeux et atteint des lésions de

la première période de la phtisie pulmonaire qui se manifestent chez lui par les signes généraux, et les signes locaux (murmure vésiculaire presque disparu, aux sommets craquements secs, etc.) propres à cette période; les hémoptysies, toutefois, ont fait défaut jusqu'aujourd'hui.

Je sou mets alors le malade à un traitement anti-tuberculeux (arsenic, créosote) et je prescris des suppositoires à l'iodoforme et à la belladone.

20 décembre : *Nouvelles éjaculations sanglantes* à la suite d'un coït; le sang est mélangé au sperme, et quelques *gouttes de sang pur* à la fin des émissions.

Depuis ce jour, je n'ai pas revu le malade. (Desnos, *loc. cit.*)

OBSERVATION XX

A..., facteur, 27 ans; orchite ourlienne gauche à 16 ans, atrophie consécutive.

Je vois le malade le 1^{er} décembre 1885.

Il y a un an, après un coït suspect, le malade fut pris quelques jours après de douleurs à la miction, d'envies d'uriner fréquentes et impérieuses. Il n'y eut pas d'écoulement appréciable. Les symptômes vésicaux ont présenté depuis ce jour des alternatives d'altération et d'aggravation; jamais d'hématurie.

Il y a six semaines est apparu, sans coït préalable, sans autre cause appréciable, un écoulement. Le malade se fait une injection au nitrate d'argent poussée avec force.

Le lendemain survient un gonflement de l'épididyme sans douleurs vives ni réaction. Les mictions restent normales. Aujourd'hui, l'épididyme droit est tuméfié au niveau de la queue, peu douloureux au toucher; pas d'épanchements dans la vaginale.

Le testicule gauche est atrophié, mais l'épididyme est hérissé de petites bosselures, douloureuses seulement depuis trois ou quatre jours. Cordons spermatiques durs, non douloureux.

Prostate tuméfiée dans ses deux lobes, mais sans bosselures ni saillies.

Traitement du 1^{er} au 26 décembre : Huit instillations dans la partie

prostatique et la région du cul-de-sac du bulbe, avec la solution de nitrate d'argent au 1/50. Amélioration sensible.

8 mars 1886 : Les mêmes symptômes ont reparu. Nouvelles instillations pendant six semaines environ tous les deux ou trois jours. Les symptômes s'amendent si bien que le malade se croit pendant longtemps absolument guéri.

Juin 1886 : Les mictions sont de nouveau devenues fréquentes. La prostate n'est pas très tuméfiée, mais elle est parsemée de bosselures petites, nettement isolées, un peu douloureuses. Les *vésicules sont dures, bosselées*, et présentent, à droite surtout, des bosselures très nettes.

La traversée uréthrale prostatique est douloureuse. La boule exploratrice ramène du pus en assez grande abondance.

Les instillations sont suspendues.

18 juillet : Même état; les mictions sont toujours fréquentes et douloureuses. Traitement général exclusivement.

En août : Amélioration notable.

10 septembre : Quoique l'état général et local soit resté satisfaisant, le malade a eu la nuit précédente une *pollution nocturne rouge* tachant fortement le linge. Pas d'autres symptômes.

Le 16 : Aucun changement, pas de nouvelles éjaculations.

Le 19 : Un coït a amené une *nouvelle éjaculation sanglante*.

7 octobre : Le coït a été pratiqué plusieurs fois sans traces de sang dans le liquide spermatique. Les mictions ont repris leur caractère presque normal.

30 novembre : *Nouvelle éjaculation sanglante*, nouvelles *pollutions hématiques*. Les garde-robes provoquent des douleurs intenses et donnent lieu à la sortie, par le méat, d'une matière blanchâtre. Cefait s'est produit trois fois.

8 janvier 1887 : Etat général et local satisfaisant. Le *sang* apparaît fréquemment dans les *éjaculations*. Rien dans l'état du malade, dans ses habitudes, ne peut nous expliquer la fréquence de cette hématospermie.

1^{er} mars : Les symptômes locaux ont augmenté d'intensité. Les mictions sont de nouveau fréquentes, impérieuses et même douloureuses. L'issue d'une matière blanchâtre pendant la défécation a lieu

de temps en temps. Les *éjaculations*, devenues rares maintenant, sont toujours *rouges*, plus foncées qu'au début. Elles sont douloureuses vers la fin. — La prostate n'est pas augmentée de volume; on y trouve toujours quelques petites bosselures très nettes. — Dans les vésicules, on trouve des noyaux saillants, durs, en grains de chapelets.

23 avril : Amélioration notable à la suite d'un traitement général anti-tuberculeux, arsenic, créosote.

L'auscultation des poumons, au point de vue de la tuberculose pulmonaire, est, dans ce cas, absolument négative.

4 juillet : Etat général satisfaisant. Pas de modification sensible dans l'état de la prostate et des vésicules. Les phénomènes vésicaux, les troubles de la miction ont momentanément disparu. (Desnos, *loc. cit.*)

L'hémospermie ne peut pas être prise comme un signe pathognomonique de tuberculose vésiculaire, non seulement parce qu'elle n'est pas particulière à cette affection, mais encore parce qu'elle peut se manifester dans les nombreuses affections qui déterminent un état congestif des organes génitaux.

Dans son Traité des maladies des voies urinaires, le Dentu écrit : « Il est vrai qu'elles (les éjaculations sanglantes) n'indiquent jamais d'altérations de préférence à une autre; par exemple si les accidents étaient survenus à la suite d'une gonorrhée, il y aurait à parier qu'il s'agit d'une inflammation simple non tuberculeuse, tandis que s'ils avaient paru se développer tout à fait spontanément, ce serait à la tuberculisation qu'il faudrait songer en premier lieu..... Si, en outre, le malade se plaignait d'éjaculations douloureuses, de souffrances, du côté de l'aîne et de la hanche, si le sperme renfermait une coloration rosée, il y aurait là autant de raisons pour placer la dégénérescence dans les vésicules séminales plutôt que dans la prostate ».

Nous redirons que cette tuberculose primitive des vésicules, qui a l'éjaculation pour symptôme, loin d'être fréquente, est au contraire extrêmement rare. M. le professeur Guyon avance qu'il n'a jamais encore constaté un cas d'hématospermie symptomatique d'une tuberculose vésiculaire, mais il ne va pas jusqu'à nier l'impossibilité du fait. Dans les trois observations

que nous venons de donner, on constatera que le malade a eu son éjaculation sanglante postérieurement à la constatation des troubles du côté des vésicules.

Dans la tuberculose des vésicules, leurs surfaces présente des bosselures indurées, des dépressions, des saillies, des nodosités; leur intérieur s'est garni de matières tuberculeuses, et la plus grande partie de la muqueuse y a disparu. Dans cet état, que le malade contracte une blennorrhagie, elle évoluera sur ce terrain si bien préparé, et ce sera le coup de fouet qui hâtera la production des tubercules; ceux-ci, à leur tour, détermineront l'hémorrhagie par congestion dans la vésicule, et dans les organes voisins; ils augmenteront encore la durée d'une vésiculite chronique consécutive à l'affection gonococcique chez ce tuberculeux.

La prostate n'a-t-elle aucune part dans ces éjaculations sanglantes? Nous dirons que la tuberculose prostatique peut très souvent concorder avec une absolue intégrité des poumons; une statistique donnée par Guelliot note contre 49 cas de tuberculose du poumon 36 cas de tuberculose de la prostate, soit une proportion de 75 p. 100 environ. Suivant une autre statistique, d'après Jullien et reproduite par Desnos à l'article *Prostate* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, cette proportion irait du simple au double, et l'auteur de l'article dit encore : « L'hématurie se rencontre à toutes les périodes de la prostatite tuberculeuse, quelquefois prémonitoire et comparable à l'hémoptysie précoce de la phtisie pulmonaire; elle a lieu surtout dans la muqueuse, le sang est entraîné comme le pus par les premières gouttes de l'urine... L'hématurie paraît devoir se produire sans ulcération sous l'influence d'un état congestif » et plus loin, reproduisant la manière de voir de Jullien, Desnos ajoute : « L'uréthrorrhagie est loin d'être rare ».

Il y a dans cette opinion de Desnos du bon et du pire. Ainsi l'hématurie est-elle bien abondante? Non certainement, et malgré qu'Albarran en ait signalé des exemples, nous nous rangeons à l'avis de M. le professeur Pousson, lorsqu'il dit, dans son *Précis des voies urinaires* : « Les véritables éjaculations sanglantes n'appartiennent pas en général à la tuberculose

prostatique, mais relèvent d'une lésion des vésicules séminales » ; et encore, à propos de l'urétrorrhagie signalée par Jullien : « Il est tout à fait exceptionnel de le voir (le sang) s'écouler sous forme d'urétrorrhagie, il sort plutôt par intermittences, simulant de petites éjaculations ».

Nous devons toutefois retenir de ce que dit Desnos, la possibilité d'un écoulement de sang dans la prostatite tuberculeuse. Si un tuberculeux de la prostate arrivé à la période des écoulements sanguins a des éjaculations, celles-ci pourront fort bien être ensanglantées, et ici encore nous sommes en présence d'un état congestif comme pour les autres hémospERMIES.

Jusqu'à présent nous n'avons considéré que trois parties du conduit uro-génital, l'urèthre, la prostate, les vésicules séminales, comme pouvant donner lieu à des éjaculations sanglantes.

Dans le cas d'épididymite ou d'orchite aiguë, qui s'accompagnent d'éjaculations sanglantes, le sang ne pourrait-il pas provenir de l'appareil testiculaire ? Lansac analyse une observation de Laborde, qui pourrait laisser croire que parfois le testicule, l'épididyme, le canal déférent même pourraient être la source de l'hémorrhagie : un vieillard atteint d'une épididymite chronique succombe à une maladie intercurrente ; à l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : la surface interne de l'épididyme et du canal déférent est enflammée, le microscope y révèle la présence de globules de pus, mêlés de globules sanguins plus ou moins déformés ; les canalicules du testicule offrent une magnifique injection du réseau capillaire de la paroi ; par places, cette injection offre l'aspect de véritables épanchements sanguins sous forme d'infiltration.

L'observation suivante de Demarquay paraîtrait assigner à l'épididyme le siège de l'hémorrhagie.

OBSERVATION XXI

L..., élève de l'Ecole centrale, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, s'est fort peu livré à la masturbation quand il était jeune, et a complètement renoncé à cette pratique à l'âge de 12 ans.

En 1860, il y a cinq ans, a contracté une uréthrite peu intense qui se guérit en quinze jours.

Vers la fin de 1861, à la suite d'un coït avec une femme qui lui résistait, il vit que le sperme avait une teinte rouge et semblait mêlé de sang.

Depuis ce jour, sans qu'il ait fait aucun excès vénérien, il a toujours eu des éjaculations sanglantes. Cependant étant allé en vacances dans sa famille en 1863, il eut, au bout de quinze jours, une pollution normale, mais aussitôt son retour à Paris, les choses revinrent à leur premier état (il attribuait sa guérison passagère à l'iodure de potassium).

L'année suivante, il constata dans les mêmes conditions une amélioration caractérisée par une coloration moins foncée du sperme ; cette fois-ci, il n'avait pris aucun médicament.

Les vacances passées, les éjaculations reprirent leur couleur rouge ; quand l'érection était portée à l'extrême, il éprouvait dans les organes génitaux un sentiment de malaise, qu'il ne pouvait, dit-il, appeler de la douleur.

Son testicule gauche grossissait depuis deux ans environ, lorsqu'il consulta, en novembre 1864, M. Demarquay qui reconnut un hydrocèle de la tunique vaginale et lui fit une ponction et une injection de teinture d'iode.

Le 22 février 1865, il entre à la maison municipale de santé, service de M. Demarquay.

La bourse gauche contient une tumeur fluctuante ovale, élastique, transparente qui mesure de 7 à 8 centimètres de long sur 12 à 15 de circonférence, c'est l'hydrocèle de la tunique vaginale qui a récidivé.

Le 25 février, ponction qui donne issue à environ 200 grammes d'un liquide verdâtre, ne diffèrent en rien du contenu ordinaire des hydrocèles.

Injection de teinture d'iode étendue d'eau, cataplasmes froids ; comme tisane, houblon contenant iodure de potassium (1 gr. par litre). Ce traitement est continué les jours suivants. Le 29 février, friction à l'onguent napolitain.

Le 4 mars, emplâtre de Vigo ; le 18, induration de l'épididyme à

gauche, les deux testicules ainsi que l'épididyme du côté droit ne présentent rien de pathologique dans l'urèthre, ni retrécissement, ni nodosités. Le toucher rectal permet de constater que la prostate est saine, mais le doigt ne peut arriver au niveau des vésicules séminales.

Le malade a eu une pollution nocturne et trouve qu'il y a amélioration, ce qu'il attribue à l'iodure de potassium.

Nouvel épanchement de liquide dans la tunique vaginale.

Le 21, nouvelle ponction, qui ne donne que 60 grammes de liquide; nouvelle injection de teinture d'iode.

M. Davaine a examiné le sperme de ce malade; il a trouvé les éléments qui constituent normalement ce liquide, et de plus des globules sanguins et de la matière colorante de ces globules.

Guyot pense que l'hémorrhagie testiculaire, épididymaire, déférentielle est chose commune; telle est aussi la pensée de Ricord.

Cette source d'hémorrhagie paraît à première vue rationnelle, mais cependant, en fait, on n'a jamais eu à enregistrer d'hémospermie dans des cas seuls d'orchite ou d'épididymite, ou bien on a toujours constaté en même temps, ou auparavant, une affection soit des vésicules, soit de la prostate, et si les observations n'en mentionnent point dans les cas qu'elles rapportent, c'est qu'on ne l'a point recherchée, confirmant ainsi l'aphorisme de Maradeix, que si, dans les cas d'orchite ou d'épididymite, on n'enregistre pas de prostatite ou de vésiculite, c'est qu'on n'a point songé à l'existence possible de ces deux affections et que, partant, on n'a point dirigé les recherches de ce côté.

Le malade de Demarquay contracte une urétrite en 1860, dont il guérit rapidement; en 1861, à la suite d'un coït avec une femme qui lui résistait, il constate une éjaculation sanglante qui reparait de temps à autre dans la suite, puis l'attention est principalement attirée par le grossissement successif du testicule. Entre temps il remarque, « quand l'érection est portée à l'extrême, qu'il éprouve dans les organes génitaux un sentiment de malaise qu'il ne peut, dit-il, appeler de la douleur ».

Il n'en faut pas plus pour soupçonner une lésion, probablement, de l'urèthre, des vésicules ou de la prostate ayant succédé à l'urétrite, et qu'une contusion reçue en se débattant « avec la femme qui lui résistait » aurait réveillée, produisant alors les éjaculations sanglantes. Ce n'est seulement qu'après quatre ans, en 1863, qu'on pratique le toucher rectal qui ne fait rien voir d'anormal dans la prostate ni dans les vésicules : il est possible que l'inflammation de ces organes ait disparu à mesure qu'elle se faisait dans les testicules, ou qu'elle fût localisée seulement à l'urèthre.

D'autre part, l'observation de Laborde n'a pas une grande valeur, puisque jamais de son vivant le malade n'eut d'éjaculations sanglantes. Guyot et autres constatent des affections testiculaires sans que les vésicules ou la prostate soient atteints, mais ils ne constatent pas d'hémorrhagie.

Dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, Reclus dit qu'il a vu trois fois des malades atteints d'orchites subaiguës, avoir des pollutions sanglantes, ces orchites avaient débuté de huit à douze jours avant l'éjaculation ensanglantée. En raison du mélange intime qui existait, du sang avec le sperme et de la coloration du liquide qui ne pouvaient résulter que d'un contact assez prolongé avec ces éléments constitutifs, nous avons attribué ce phénomène à des ruptures vasculaires produites dans la vésicule séminale.

Dolbeau, à son tour, cite le cas d'un malade atteint de blennorrhagie, qui voit au déclin de sa maladie, alors que la douleur et l'écoulement ont à peu près disparu, son testicule augmenter de volume et devenir douloureux. Par le toucher rectal on constate que les vésicules séminales sont douloureuses à la pression, précisément celle située du même côté que l'orchite, et il ajoute : « longtemps cet homme pourra avoir des éjaculations sanglantes » aussi longtemps, croyons-nous, que durera la phlegmasie des vésicules.

Cette observation de Dolbeau permet de suivre la marche de l'infection de dehors en dedans du méat au testicule en touchant, dans son passage, la prostate et surtout la vésicule.

Velpeau, à propos de la blennorrhagie et de la vésiculite consécutive, disait : « Les conduits des glandes séminales sont en communication directe avec le canal de l'urèthre, et dès qu'une poussée phlegmasique atteint la région profonde du canal, il lui est facile de passer dans les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, et gagner ensuite de proche en proche le cordon, l'épididyme, le testicule lui-même ».

Ainsi donc, si parfois l'inflammation de la vésicule a pu passer inaperçue, il n'en est pas moins vrai que cette vésicule a été traversée, parcourue par l'inflammation ou du moins par son agent provocateur, qui continuant sa marche s'est fixé sur le cordon, l'épididyme ou le testicule, et a provoqué une réaction inflammatoire de ces organes.

Nous pensons donc que contrairement à l'opinion et aux observations de Laborde, Demarquay, Guyot et d'autres encore, que ni le testicule, ni l'épididyme, ni le cordon ne pourront donner lieu à l'hémorrhagie, et que jusqu'à présent on n'a pas encore note de cas d'éjaculations sanglantes, alors que ces organes étaient seuls lésés ; toutefois nous terminerons par ces paroles de Claude Bernard : « Nous n'admettons pas de système *a priori*, pas plus en physiologie qu'en médecine. Nous ne reconnaissons comme sciences que la physiologie expérimentale et la médecine expérimentale ». (*Histoire de la chaire de médecine au Collège de France. Leçons sur le diabète et la glycogénèse*, Paris, 1877).

Nous avons à rechercher comment on pourrait localiser la source de l'éjaculation sanglante dans la triade urèthre, prostate et vésicules, ces organes pris ensemble ou séparément.

Dans l'urétrite, quand il y a ulcération de l'urèthre, le sperme sort en bavant et non par jets pulsatoires ; le début de l'éjaculation sera seul ensanglanté, le sperme poussant et balayant le sang en avant de lui, le restant sera tout au plus strié de sang ; les premières gouttes de l'urine seront aussi rougies, et si l'urétrite siège dans la partie antérieure du canal, on pourra faire soudre du sang par le méat à l'aide de pressions exercées sur la verge ; quelquefois même il y apparaît sponta-

nément, en dehors des mictions ou des éjaculations ; enfin le malade localisera la douleur dans le canal ou à l'extrémité de la verge.

Dans la prostatite, le sperme et l'urine sortent teintés, comme dans les uréthrites profondes, c'est-à-dire dans les premières gouttes, mais dans la miction, quand elle touche à sa fin, et que le plancher périnéal se soulevant pour achever l'évacuation complète de l'urine, le bulbo-caverneux se contracte pour expulser la dernière partie du liquide contenu dans le canal, cette contraction peut encore faire sourdre une goutte de sang venant teinter les dernières gouttes d'urine. Lorsque l'uréthrite est à l'état aigu, l'introduction d'une sonde à bout olivaire exaspère la douleur : le méat est très douloureux et l'urine sort goutte à goutte, donnant au fond du canal une sensation de brûlure ; cette douleur s'exaspère par la pression périnéale. Le toucher rectal montre une augmentation du volume de la prostate qui, suivant Vidal, donne l'impression d'une masse carrée si la prostatite est généralisée ; quand elle est partielle, on ressent la sensation de bosselures ; le battement des artères de la paroi antérieure du rectum est également perceptible sous le doigt.

La prostatite chronique est un résumé de ces symptômes, mais moins aigus. Enfin la pression sur la prostate fera sourdre du liquide prostatique qui, recueilli et soumis à l'examen, laissera voir les éléments du sang, sans mélange avec les spermatozoïdes et sans sympexions.

Quand le sang provient des vésicules séminales, le sperme, d'après la majorité des observateurs, sortira intimement mélangé avec le sang et sa couleur sera la même au début, au milieu et à la fin de l'éjaculation. Dans la vésiculite aiguë, la douleur, au dire de Le Dentu, Fournier, Guyon, etc., est un symptôme des plus constants, elle s'irradie vers le périnée, et plus souvent vers les aines, surtout si l'inflammation a gagné le canal déférent. Le coït, la miction, la défécation l'augmentent. Dans ses *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, Reliquet parle d'un malade, porteur d'une vésiculite aiguë, pris pendant la nuit d'un besoin impérieux d'uriner toutes les dix minutes :

miction atrocement douloureuse, lui arrachant des cris chaque fois. Quand elle passe à l'état chronique, elle laisse des troubles dans la miction, dans l'éjaculation, quelquefois il survient de la spermatorrhée, et principalement des répétitions fréquentes et sans causes apparentes d'orchites ou d'épididymites. Revenant à la vésiculite aiguë, nous dirons que le toucher rectal éveille une vive douleur quand le doigt presse les vésicules; elles sont dures et bosselées dans la vésiculite chronique. Enfin, pour terminer, nous rappellerons que si le toucher permet de reconnaître les vésicules, c'est qu'elles sont malades, et il ne faut pas oublier que cette exploration par voie rectale ne donne des résultats que si elle est faite quand la vessie est distendue par l'urine.

Le massage par voie rectale fait sourdre par le méat du liquide spermatique ensanglanté ou non, reconnaissable par les spermatozoïdes et les sympexions qu'il contient.

Tels sont les principaux caractères qui devraient nous aider au diagnostic du siège de l'hémorrhagie; mais généralement les affections de la triade génitale, au lieu de se succéder de l'un à l'autre des organes qui la composent, les atteignent presque toujours à la fois, et il devient délicat d'affirmer la part de chacun dans l'éjaculation sanglante.

Dans l'observation XVII, nous trouvons un procédé de localisation de l'hémorrhagie, par l'emploi de l'adrénaline, et dû à Wood Rugges; mais l'usage du condom qu'il nécessite en rend l'application délicate à proposer et à faire accepter par la majorité des malades; nous pensons que son emploi n'est pas indispensable, et nous donnons à la fin de ce chapitre, sous forme de clef dichotomique, la façon dont, suivant nous, on pourrait opérer.

On pourrait rechercher si d'autres causes que la congestion pourraient donner lieu à des éjaculations sanglantes.

Il est peu probable qu'elles puissent être ensanglantées par du sang provenant de la vessie, puisque la miction est impossible pendant l'état d'érection. Cependant, dans le cas où l'urine hémorrhagique serait restée dans le canal, et comme d'autre

part il peut y avoir écoulement de sperme avec atonie des organes génitaux dans une spermatorrhée avancée coïncidant avec une hématurie, ce sperme pourrait être ensanglanté; en sondant le malade, on lèverait toute incertitude suivant que l'urine serait ou non colorée.

Les tumeurs malignes, le cancer de la prostate, par exemple, laissent suinter du pus plus ou moins mêlé d'hématies; l'hématurie peut même survenir abondante en dehors de la miction, et procédant par analogie, on pourrait supposer aussi une hémorrhagie dans les cas de tumeur maligne du testicule. Kendirgy, dans un article paru dans *Pratique médico-chirurgicale*, pense que l'éjaculation sanglante peut alors se manifester; de même, Wood-Ruggles. Lydston écrit que, bien que cette affection doive produire de l'hémospermie, quelques soins qu'il ait mis à faire des recherches, jamais il n'a trouvé d'hémospermie dans le cas de cancer des vésicules. Guelliot, qui donne plusieurs observations de tumeurs malignes de la prostate, n'a jamais eu à enregistrer des éjaculations sanglantes. Cependant, si une tumeur maligne de la prostate était cause d'une hémorrhagie qui colorerait le sperme par coïncidence avec une pollution, les signes cliniques nombreux pourraient aider à faire le diagnostic du siège de la lésion.

Kroner cite un cas d'hémospermie chez un individu, âgé de 44 ans, qui jusqu'alors avait joui d'une excellente santé; la prostate, les vésicules étaient saines et Kroner, sans toutefois l'affirmer, pensait avoir affaire à un hémophile. L'observation n'est pas assez complète pour nous permettre d'en tirer une conclusion.

En tous cas, il nous a semblé utile de parler de l'hémophilie et des tumeurs malignes de la prostate comme pouvant être la cause d'éjaculations sanglantes, car si ces affections n'ont pas encore donné lieu à des observations, il pourrait être téméraire de nier qu'elles puissent intervenir dans de rares circonstances.

Nous ne pouvons donc pas faire de l'hémospermie un symptôme pathognomonique de telle ou telle affection, parce que ce phénomène se manifeste dans beaucoup trop de cas différents les uns des autres.

On voit donc combien est factice la division que faisait Feleki des hémospermies et à laquelle nous faisons allusion au début de ce travail; nous saurons rarement où commence la vraie hémospermie et où finit la fausse; contentons-nous de dire qu'il existe à proprement parler des éjaculations sanglantes.

Une fois que nous aurons pu établir le diagnostic de l'hémospermie, il nous faudra passer à l'étiologie, rechercher si nous avons affaire à un masturbateur ou à un malade qui fait des excès de coït; nous examinerons si l'hémospermie n'est pas supplémentaire, c'est-à-dire causée par des hémorroïdes; des troubles de la miction, une sensation de brûlure, le toucher, nous feront savoir si nous sommes en présence d'un calcul; l'exploration du canal avec la sonde nous révélera la présence d'un rétrécissement; enfin la blennorrhagie doit nous faire songer aux trois localisations de l'infection : urèthre, prostate, vésicule séminale.

Clé dichotomique pour localiser l'éjaculation sanglante.

- A. On sonde le malade; l'urine est plus ou moins teinte de sang Vessie.
Le sperme est émis plus ou moins teinté de sang. B.
- B. On instille deux gouttes d'une solution d'adrénaline à 10 p. 100 dans l'urèthre postérieur et on injecte une seringue de cette même solution dans l'urèthre antérieur; on masse la prostate par voie rectale et le liquide émis sous l'action du massage est recueilli à la sortie du méat; il contient des hématies en plus ou moins grande quantité Prostate.
Le liquide émis ne contient pas d'hématies C.
- C. On lave le canal urinaire à l'eau boriquée; on pratique le massage des vésicules par voie rectale; le liquide émis sous l'action du massage est reçu à sa sortie du méat; il contient plus ou moins d'hématies Vésicules.
Il ne contient pas d'hématies. Urèthre.

Comme nous le disions au début, jamais l'apparition de l'éjaculation sanglante n'a marqué une aggravation de la maladie qui lui a donné naissance; tout au plus pouvons-nous conclure, dans une uréthrite, par exemple, accompagnée de sperme plus ou moins sanguinolent, à une inflammation de la muqueuse uréthrale; nous avons d'autres symptômes plus probants que celui-là. Chez un sujet dont les éjaculations sanglantes seront dues à une excitation répétée des organes génitaux, coït ou masturbation, notre attention pourra être attirée sur une affection possible du système nerveux, comme le *tabes* par exemple, au début duquel le malade est souvent dans un état d'éréthisme génital très accentué.

Il arrive cependant que l'hémospermie d'origine vésiculaire ou vésiculo-prostatique peut nous mettre en garde contre une péritonite par propagation à issue presque toujours fatale.

Une première observation en fut publiée, en 1856, par Peter : il s'agissait d'un malade atteint d'épididymite blennorrhagique, avec inflammation de la vésicule séminale, suivie de péritonite et de pleurésie auxquelles il succomba. Plus tard, en 1877, Faucon donna une observation absolument semblable. Entre temps, en 1859, Guyot, dans sa thèse, décrit trois cas de péritonite consécutive à une prostatovésiculite; nous reproduisons ici le cas de Peter.

OBSERVATION XXII

L... (Louis), âgé de 16 ans, de constitution assez débile, entre, le 4 juin 1856, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour y être traité d'une épididymite blennorrhagique siégeant à gauche; la blennorrhagie datait de quinze jours environ et l'épididymite de cinq jours.

L'épididymite marchait assez rapidement vers la résolution, et l'écoulement avait cessé, quand le vendredi 13 juin, le malade éprouva des frissons, un sentiment de malaise général, en même temps qu'il eut des nausées et des vomiturations. Cet état se continue le 14 juin : on croit à l'invasion d'une fièvre éruptive. Le 15, vomissements bilieux abondants et continuels ; douleur légère à l'abdomen ; on fait passer le malade dans une salle de médecine, et il entre le 17 dans le service de M. Cruveilhier. On peut constater à la visite du soir une douleur extrêmement vive de l'abdomen qui n'est point ballonné. Le malade reste immobile sur le dos ; les mouvements augmentent ses douleurs. La face est grippée ; il a une petite toux sèche, peu fréquente, et une dyspnée manifeste résultant de la gêne des mouvements du diaphragme, 35 inspirations par minute ; le pouls a 108, est assez plein, mais dépressible et il n'a point la petitesse du pouls de la péritonite ; soif vive, vomissements bilieux répétés, abondants ; selles liquides, bilieuses, fréquentes et involontaires ; il n'y a pas de hoquet ; insomnie et céphalalgie légère ; intelligence intacte.

Le testicule gauche et l'épididyme correspondant forment une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ; l'épididyme, induré, n'est pas très douloureux au toucher ; il n'y a pas des épanchements dans la tunique vaginale ; on n'observe rien d'anormal le long du cordon.

Diagnostic. — Péritonite, laquelle a pu avoir lieu : 1° par propagation de l'inflammation de la tunique vaginale non oblitérée au péritoine ; 2° par contiguïté du canal déférent et de la vésicule séminale gauche au péritoine sus-jacent, or, la tunique vaginale étant oblitérée le long du cordon, la seconde hypothèse seule vraisemblable alors, est celle à laquelle on s'arrête : 25 sangsues sur le ventre, onctions mercurielles, cataplasmes, boisson gazeuse, glace.

Les sangsues coulent assez abondamment, mais il n'y a qu'un faible soulagement.

Le 18 : à la visite du soir, même état général ; l'abdomen est toujours douloureux, sans ballonnement.

Le 19 : face toujours grippée, couverte de sucré ; douleur toujours vive de l'abdomen, vomissements moins abondants, selles vertes, copieuses, un peu de délire ce matin. Le côté gauche du thorax est

également devenu douloureux; pas de matité appréciable; faiblesse de murmure respiratoire; six inspirations, pouls à 110. On soupçonne une pleurésie diaphragmatique (sangues). Délire dans la nuit du 19 au 20; face très grippée, hippocratique; peau froide; pouls à 110 petit, misérable; abdomen toujours douloureux et souvent déprimé; douleurs des deux côtés de la poitrine.

Mort à cinq heures après-midi.

Autopsie. — Péritonite généralisée; un litre de sérosité purulente épanchée dans le petit bassin; sérosité purulente et glutineuse recouvrant les intestins; quelques fausses membranes, peu adhérentes et infiltrées de pus, sur le côlon ascendant et le foie; fausses membranes vasculaires et adhérentes, reliant le diaphragme à la rate et à l'estomac.

Estomac et intestins parfaitement sains.

Foie et rate volumineux, un peu congestionnés.

Les organes génitaux sont enlevés et examinés par M. Gosselin.

L'urèthre n'est rouge qu'à la partie antérieure, et dans l'étendue de 4 centimètres environ; il est pâle dans le reste de son trajet, la pâleur du verumontanum est surtout remarquable. En pressant la prostate, on fait sortir par chacun des orifices uréthraux une assez grande quantité de liquide, évidemment purulent; de la prostate incisée, on fait sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappent manifestement de chacun des follicules prostatiques et non du parenchyme de la glande, qui n'est ni rouge ni tuméfiée. C'est là une prostatite canaliculaire ou muqueuse, et non point une prostatite parenchymateuse. La vésicule séminale droite (correspondant au testicule sain) ne contient qu'une petite quantité de liquide spermatique, dans lequel on trouve, au microscope, des cellules épithéliales, des granulations moléculaires, et très peu de spermatozoïdes, morts d'ailleurs. Dans la vésicule gauche, on ne trouve qu'une faible quantité de liquide purulent, dans lequel le microscope démontre l'existence de globules de pus, mêlés aux cellules épithéliales; il n'y a point de spermatozoïdes. Cette vésicule est plus volumineuse que la droite parce que le tissu cellulaire qui l'entoure est très injecté et épaissi. Le péritoine sus-jacent est manifestement plus vascularisé qu'en aucun des autres points où siège cependant l'inflammation.

Au niveau du point où il contourne la vésicule gauche, le canal déférent est extérieurement très injecté, ainsi que le tissu cellulaire ambiant. Là d'ailleurs, comme dans sa portion pelvienne, ce canal est tuméfié, induré, et il adhère intimement au péritoine qui le tapisse. Le tissu cellulaire sus-jacent est évidemment induré comme il l'est dans le cas d'inflammation, et le péritoine est en ces points plus friable. La muqueuse du canal est pâle.

L'épididyme gauche est beaucoup plus gros que le droit; sa tête est à peu près quintuplée de volume, son corps est deux fois plus volumineux qu'à droite, et enfin sa queue forme, avec la tunique vaginale, une masse du volume d'une grosse noisette; cette partie de l'épididyme offre l'aspect d'une masse fibro-celluleuse rouge, au milieu de laquelle on ne retrouve les flexuosités de l'épididyme que dans des points très circonscrits, et de l'intérieur desquels on ne peut faire écouler de pus. Il n'y a point, comme dans la pièce observée par M. Marcé, de matière jaune intra-canaliculaire; il semble qu'ici la transformation fibro-cellulaire soit due plutôt à l'organisation de la matière de l'épanchement plastique extra-canaliculaire.

Au niveau du bord supérieur du testicule gauche, au point où pénètrent les vaisseaux sanguins, il n'y a pas d'épaississement du tissu cellulaire sous-séreux qui puisse comprimer ces vaisseaux; en ce point même, la séreuse d'enveloppe du testicule est moins injectée qu'aux autres points. Le testicule gauche est plein, distendu, volumineux; incisé, son parenchyme est gris rosé. A gauche, les deux feuillets opposés de la tunique vaginale sont réunis entre eux par des adhérences nombreuses, peu résistantes, qui cèdent facilement à la traction, et qui au niveau de la queue de l'épididyme sont infiltrées de pus. En ce point l'inflammation de l'épididyme est évidemment plus considérable, et c'est également là que la vaginalite est le plus intense. Toute la surface pariétale et viscérale de la séreuse est rouge, et l'on apprécie bien cette coloration en la comparant à celle de la séreuse du côté opposé.

Poitrine : Pleurésie diaphragmatique double, surtout marquée à gauche; fausses membranes très vasculaires qui retiennent les poumons à la plèvre et sont surtout épaisses à gauche au point où, à la face péritonéale correspondante du diaphragme, se voient des fausses

membranes également épaisses et vasculaires. Epanchement très peu considérable de sérosité glutineuse à la tête. Rien dans les méninges.

Articulations : Rien dans les séreuses articulaires (Guyot, *Loc. cit.*).

Bientôt après avoir donné cette observation de Peter, Guyot rapporte que Ricord a observé quelques cas de péritonite par propagation « et il a conservé la mémoire des deux faits suivants qu'il a bien voulu lui communiquer (Fournier).

» 1° Prostatovésiculite, compliquant une blennorrhagie; péritonite pelvienne, ne tardant pas à se généraliser et à présenter tous les symptômes des péritonites les plus graves : développement de l'abdomen, nausées, vomissements porracés et incessants; pouls très fréquent, très petit; face horriblement grippée, douleurs des plus violentes, prostration extrême, mort.

» A l'autopsie, péritonite purulente généralisée.

» 2° Fait observé en commun avec M. Roux : Prostatovésiculite d'origine blennorrhagique, éjaculations très fréquentes, *sperme hématique*, puis franchement purulent. Péritonite débutant par le petit bassin, puis se généralisant bientôt. Mêmes symptômes que dans le cas précédent. Mort ».

De telles complications, heureusement fort rares, nous enseignent qu'il ne faut pas, dans le cas d'hémospermie, négliger d'en rechercher la cause, et, qu'en présence d'une vésiculite ou d'une prostatovésiculite, connaissant combien quelquefois peuvent être graves les complications, il serait imprudent de ne pas instituer une médication énergique.

L'éjaculation sanglante n'étant qu'un symptôme d'une affection des organes génitaux, elle n'intervient que pour confirmer un état de maladie préexistante; et de même que son pronostic se résume au pronostic de la lésion qui lui a donné naissance, de même le traitement devra s'adresser aux organes d'où elle découle; il pourra être médical ou chirurgical suivant les circonstances.

Dans le cas où la masturbation et les excès de coït seront cause de l'hémospermie, il faudra dans un cas faire cesser ces manœuvres d'onanisme, et, dans l'autre, restreindre progressivement les rapprochements sexuels, sans cependant tomber d'emblée dans une continence absolue, qui est aussi, nous l'avons vu, une autre cause d'hémospermie. Nous examinerons si ceux qui se livrent à des pratiques d'onanisme ne sont pas porteurs d'un prépuce d'un développement anormal, car il peut arriver chez ces personnes que certains produits de sécrétion sébacée s'entassent dans le sillon balano-préputial, produisent une excitation qui pourrait être le point de départ de ces habitudes, et si le prépuce ne permet pas de découvrir le gland, il faudra le sectionner; l'administration de bromure à l'intérieur pourra nous donner d'heureux résultats; enfin les moyens moraux, le travail musculaire jusqu'à la fatigue pourront guérir l'onanisme accidentel. Mais si cet onanisme est la conséquence d'un état morbide, c'est avant tout cet état morbide qu'il faudra songer à supprimer.

Quand l'hémospermie est causée par une compression de la région du périnée, la suppression de la cause s'impose nécessairement, et s'il s'agit d'une selle de bicyclette, comme dans le cas que nous avons rapporté, il faudra user d'une selle qui ne

puisse pas comprimer la région périnéale, ou sinon cesser l'usage de la bicyclette; quant au traitement de la congestion de la prostate causée par une pression continue, nous en dirons un mot quand nous parlerons du traitement de l'hypertrophie de la prostate chronique.

Quand il s'agira d'hémospermies supplémentaires, on administrera de l'hamamelis virginica en solution ou en pilules associé à l'extrait de capsicum; si on n'obtient pas d'heureux résultats, il faudrait se résoudre à la cure radicale des hémorroïdes par leur ablation.

Si ce sont des calculs qui sont le point de départ de l'hémospermie, leur extraction s'impose; s'ils sont endo ou extra-prostatiques, on pourra essayer de les enlever avec la pince de Collin ou les broyer avec un lithotriteur urétral. Ces manœuvres sont délicates et on pourrait aller les chercher par une voie artificielle, le rectum par exemple; mais, comme le dit fort judicieusement Pousson, on devra lui préférer l'incision périnéale, transverse ou longitudinale.

Les rétrécissements seront dilatés avec ou sans l'emploi de l'uréthrotomie suivant les besoins.

Les soins à donner dans les uréthrites sont ceux de la blennorrhagie; ainsi pour combattre la phlogose de l'urèthre et de la verge : porter un bon suspensoir, éviter la fatigue, compresses fraîches et sédatives sur les organes, administration à l'intérieur de lupulin, camphre, nénuphar, bromure de potassium, copahu, cubèbe, santal. Injections au tanin ou à l'acide tanique, au sulfate de fer, sulfate de zinc, sulfate de cuivre ou bien encore au nitrate d'argent, au permanganate de potasse.

Contre la prostatite chronique, on emploiera l'hydrothérapie sous forme de douches, on y joindra chez les anémiques le fer sous toutes ses formes et chez les strumeux l'huile de foie de morue. Toutes les causes capables de congestionner le petit bassin seront évitées, tels les excès de table, la constipation, etc., etc. Le traitement local peut agir par l'intermédiaire de l'urèthre, du périnée, du rectum. Au périnée, on applique des ventouses scarifiées, des sangsues; la médication par voie

rectale se résume à l'administration de lavements tantôt pour décongestionner, tantôt pour calmer la douleur; les uns avec de l'eau chaude à 45° ou 50°, les autres contiendront des substances calmantes : chloral, laudanum, morphine, etc.

Le massage de la prostate donnera de bons résultats; les instillations uréthrales au nitrate d'argent à 1/50 ou 1/30 sont aussi très recommandables.

Dans l'hypertrophie de la prostate, on conseillera de supprimer tous excès de table, tous mets excitants; la marche convient aux prostatiques, mais il ne faudra cependant pas en abuser. Les mictions devront régulièrement s'effectuer; de légers purgatifs seront ordonnés pour combattre la constipation; éviter toute excitation génésique. Enfin le traitement médical échouant, on usera de moyens chirurgicaux. Par méthode indirecte : en essayant de diminuer la prostate par l'action sur des organes tenant sa nutrition sous leur dépendance, ainsi la castration bilatérale ou unilatérale de Launois; la résection des éléments du cordon, à l'exception du canal déférent, de l'artère déférentielle d'Albarran; on fera des injections de substances destinées à atrophier le testicule, telles que le chlorure de zinc. Par méthode directe qui comprend entr'autres les procédés agissant chirurgicalement sur l'organe prostatique, tels la prostatectomie par voie naturelle, l'urèthre par exemple, et la prostatectomie par voie périnéale, ou par voie sus-pubienne ou transvésicale que recommandent Dittel, Mac-Gille, etc., à l'étranger, et Guyon, Desnos, en France.

S'il y a tuberculose des vésicules ou de la prostate, administrer l'huile de foie de morue; s'abstenir de tout traitement local qui pourrait favoriser l'ulcération de la muqueuse. Enfin on aura recours à la prostatectomie. Quand un abcès se sera formé dans la vésicule, on pourra essayer soit la ponction par voie rectale, préconisée par Cook en 1850 et maintenant abandonnée, soit la vésiculotomie qui peut se pratiquer par voie sacrée comme l'indiquent Shède et Routier, par voie périnéale comme le veulent Roux (de Lausanne), Weiss (de New-York), Kendirdgy, etc., et par voie inguinale qui, préconisée par Ville-

neuve de Marseille, présente l'inconvénient d'aboutir à certains accidents, par exemple l'ouverture du péritoine, arrachement du canal déférent.

Reste enfin à indiquer le traitement de la vésiculite : dans les cas aigus, ponction aspiratrice au périnée, repos au lit, opiacés, cataplasmes chauds, dans la région inguinale du côté de la vésicule atteinte, suspensor (Fuller). Keger, cherchant à redonner de la tonicité musculaire à la vessie, fabrique un appareil en caoutchouc, muni de deux chambres à air ; l'instrument introduit dans le rectum, on insuffle de l'air, et les réservoirs de caoutchouc ainsi gonflés pressent sur les vésicules en expulsant leur contenu dans les canaux éjaculateurs et dans l'urèthre. La pression avec le doigt a été recommandée, une ou deux fois par semaine (Fuller), ne pas en abuser, car si la pression est trop forte, on pourrait provoquer des hémorrhagies de la vésicule. Chute recommande les irrigations rectales chaudes à double courant, obtenu à l'aide d'un tube en caoutchouc muni d'un robinet à chaque extrémité, et qu'on plie en deux pour l'introduire, convexité en avant, dans le rectum. James Tuttle recommande au contraire les irrigations froides, qui, prétend-il, sont moins irritantes pour la muqueuse rectale que des morceaux de glace ainsi que le voudrait Fuller. Enfin le malade doit s'abstenir de tout coït (1).

(1) Afin de rendre à chacun ce qui lui est dû, il nous est agréable de reconnaître que nous nous sommes beaucoup inspiré du *Précis des maladies des voies urinaires*, par M. Pousson, dans la rédaction de ce chapitre.

Pour terminer, voici les conclusions que nous croyons pouvoir déduire de ce travail :

1° Les éjaculations sanglantes sont constituées par un liquide dont la coloration, due à la présence du sang, est variable suivant l'intensité du foyer hémorrhagique.

2° Ces hémorrhagies sont toujours d'origine congestive, et cet état congestif peut être dû à une infection d'origine microbienne.

3° Quand le sang provient des vésicules séminales, c'est l'hémospermie vraie; mais quand il provient d'autres organes génito-urinaires, c'est l'hémospermie fausse.

Dans l'état actuel des sciences médicales, il sera souvent impossible de les distinguer l'une de l'autre.

4° Le foyer hémorrhagique se trouve toujours localisé dans la triade, urèthre, prostate, vésicules séminales, à l'exception presque certaine du testicule, de l'épididyme et des canaux déférents, dans lesquels on ne l'a pas encore dûment constaté.

5° Les éjaculations sanglantes ne peuvent pas être considérées comme un symptôme d'une des affections des organes génitaux, elles sont sans valeur au point de vue du pronostic.

6° La congestion qui leur a donné naissance peut être le point de départ d'affections de voisinage par propagation.

Tableau synoptique des éjaculations sanglantes.

Congestion d'origine	{	non infectieuse. .	{	Excitation génitale. .	{	Masturbation.
				Coït.		
				Continence.		
				Hémorrhagie supplémentaire.		
				Hypostase.		
				Compression de la région périnéale.		
				Calculs.	{	urétriques.
						prostatiques.
						vésiculaires.
						Rétrécissements uréthraux.
	{	infectieuse	{	Blennorrhagie	{	urétrite.
				prostatite.		
				vésiculite.		
		Tuberculose		prostato-vésiculite.		

Comme nous le disions dans l'introduction, l'éjaculation sanglante n'est pas seulement un symptôme propre à l'espèce humaine, et parce qu'il n'en a jamais été question jusqu'à présent chez les animaux et qu'il s'agit d'une hémospémie d'origine testiculaire, nous avons cru bon de donner ici une observation d'un cas concernant le lapin domestique.

A propos du cas d'hémospémie dont vous me parlez, voici comment il est venu à ma connaissance :

« Mon jardinier, en changeant de cage un lapin, remarqua des taches de sang sur ses cuisses, et comme je me trouvais là, il me les fit voir.

» Je crus tout d'abord qu'elles provenaient d'une morsure reçue pendant une bataille; mais comme il s'agissait, de deux mâles, d'en tuer un, ce fut celui-là qui fut condamné.

» Au dépouillement, je remarquai que la prostate était normale, mais un des testicules était deux fois plus grand que l'autre; en le pressant ainsi que le pénis, il en sortait des gouttelettes rosées que je fixai et qui contenaient des spermatozoïdes mêlés à des globules de sang. Les vaisseaux sanguins du testicule paraissaient engorgés ou enflammés; je pensais faire des coupes, mais pendant une courte absence, il avait disparu, un chat voisin avait passé par là.

» C'est la première fois que je constate ce fait, bien que chaque fois qu'on tue un lapin, je l'examine toujours » (TEMPÈRE, *ex litteris*).

Nous souvenant de nos travaux pratiques de zoologie, qui nous faisaient simplement constater, et sans plus, chez le lapin, une prostate sans vésicules séminales, nous pensions nous trouver en présence d'une hémoprostatorrhée.

Mais quand nous avons cherché à nous créer une certitude, nous avons vu que si les auteurs sont tous d'accord sur la morphologie des organes génitaux, il n'en saurait d'ailleurs être autrement, les divergences étaient nombreuses quant à leurs attributions physiologiques et à leur interprétation.

A. Mojsicovics, dont le *Manuel de zootomie* a été traduit en français par de Lanessan, trouve chez le lapin une prostate, une vésicule prostatique et des vésicules séminales qu'il place entre les deux et qui débouchent dans l'urèthre à côté des orifices des canaux déférents; il ajoute que leur produit de sécrétion se coagule et forme ainsi un bouchon empêchant le sperme de s'écouler en dehors du coït; il ne se demande pas comment ces bouchons n'empêchent pas le sperme de venir s'amasser dans les vésicules.

De même Chauveau et Arloing dans *Anatomie comparée des animaux domestiques*; Carl Vogt et E. Young dans leur *Traité d'anatomie comparée pratique*.

Au contraire Girod, dans *Manipulations de zoologie*, ne donne au lapin que des glandes prostatiques et une vésicule prostatique qui joueraient le rôle de vésicules séminales. Boutan, dans *Dissections et manipulations de zoologie*, parle seulement d'une prostate jouant le rôle de vésicule séminale.

Nous ne nous chargeons pas de mettre d'accord ces interprétations différentes, ce n'est ni notre rôle, ni de notre compétence; mais s'il nous était permis de nous prononcer, nous montrerions tous ces organes contenus dans une enveloppe unique, au centre de laquelle se trouve la véritable prostate sous forme d'une glande ovoïde presque pédiculée, et qu'entoure un lacis caverneux, utriculaire, partagé en deux par

une cloison médiane, gorgée de sperme, elle figure à la fois les vésicules séminales et l'utricule prostatique.

Guelliot semble d'ailleurs le voir ainsi quand il dit « ce que les auteurs ont décrit comme réservoirs spermatiques des *rongeurs* est presque toujours l'utérus mâle. Celui-ci se développe beaucoup chez le *lièvre*, le *lapin*, et, chose remarquable, les déférents viennent s'aboucher dans sa cavité près de son orifice, de sorte que l'on y trouve des spermatozoïdes; utricule prostatique, quant à sa structure et sa position, c'est donc une vésicule séminale quant à sa fonction; il mériterait le nom de *pseudo-vésicule* » (*loc. cit.*).

Les canaux déférents, après avoir passé chacun par son anneau inguinal correspondant, viennent s'accoler parallèlement, dès leur entrée dans l'urèthre, en deux renflements parallèles formant chacun comme une ampoule longuement ovoïde ou quelques-uns ont voulu voir une utricule prostatique double.

Contrairement à ce qui existe chez l'homme, le testicule est bien plus largement irrigué que l'ensemble vésiculo-prostatique qui est à peine vascularisé. De chaque côté de l'aorte, vers sa terminaison, se détachent les artères spermatiques, qui, accolées aux déférents, gagnent chacune son testicule par sa partie supérieure; l'aorte se continue plus bas, en deux branches divergeantes, formant les deux artères iliaques communes d'où partent aussitôt les artères génitales inférieures, qui gagnent encore le testicule à sa partie inférieure.

Le système prostatique est alimenté par une artère prostatique, minime, dérivée de l'hémorroidale moyenne, à qui l'iliaque externe a donné naissance, celle-ci venant à son tour de l'iliaque commune.

Le réseau veineux, très riche pour le testicule, est très pauvre pour la région prostatique; les veines spermatiques parcourent les mêmes trajets que les artères correspondantes, mais les veines prostatiques sont à peine indiquées.

Chez l'animal qui a donné lieu à son observation, M. Tempère constate qu'un testicule est beaucoup plus volumineux que

l'autre, les vaisseaux étant engorgés et enflammés; la prostate est normale; cela, joint aux détails anatomiques que nous venons d'exposer, nous permet de conclure presque sûrement que le foyer hémorrhagique était bien localisé dans le testicule, et qu'à l'inverse de ce qui se passe chez l'homme, cette hémorrhagie est celle qu'on doit avoir le plus de chances de rencontrer.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,

D^r POUSSEON.

VU : *Le Doyen,*

A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1907.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACTON. — Fonctions et désordres des organes de la génération, traduct. française. Paris, 1866.
- BERDAL. — Histologie.
- CANTALUPO. — Sull' hemospermia non infiamatoria. *Archives internazionali de médecine et de chirurgie*. Naples, 1897.
- CIVIALE. — Traité des maladies des organes génito-urinaires, 1844.
- CHOPPART. — Traité des maladies des voies urinaires, 1821.
- CHUTE. — Hemospermia with report of case. *Med. Rev.* New-York, 1903.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- DEMARQUAY. — Des éjaculations ensanglantées. *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1865, p. 217 et suiv.
- DIEU. — Etude sur le sperme des vieillards. *Journal de l'anatomie*. Paris, 1867.
- DOLBEAU. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu, 1867.
- FELEKI. — *Centralblatt für die krankheiten der ham und sexualorgane*, 1901, vol. XII, p. 506).
- FOURNIER. — Art. *Blennorrhagie*. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques.
- FULLER. — Seminal vesiculitis. *The New-York Journal of cutaneous and urinary diseases*, 1893.
- GAUTHIER. — Chimie.
- GOSSELIN. — Etude sur l'oblitération des voies spermatiques. *Archives générales de médecine*. Paris, 1847.

- GUELLIOT. — Thèse de Paris, 1882 : Des vésicules séminales, anatomie et physiologie.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
- GUYOT. — Thèse de Paris, 1856. Considérations sur la péritonite par propagation, p. 28 et suiv.
- HUGHES. — Pathogénie de l'hémospermie. *Gazette hebdomadaire de médecine*. Paris, 1894.
- JAMIN. — Considérations pathogéniques sur l'hémospermie. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1891.
- KÆRSMÆKER. — *Centralblatt für die Krankheiten der Ham und Sexual Organe*, vol. 10, p. 144, 1899.
- KOTZIN. — Concerning Bloody-Semen. *St Petersburg's medical Journal*, 1893.
- LALLEMAND. — Des pertes séminales involontaires, 1821.
- LANSAC. — Thèse de Paris, 1887. Recherches sur l'hématospermie.
- LAUNOIS. — Thèse de Paris, 1885. De l'appareil urinaire des vieillards.
- LAGNEAU. — Exposé des symptômes de la maladie vénérienne, 1818.
- LEGAY. — Thèse de Paris, 1900. Du rôle de la prostate dans les uréthrites aiguës ou chroniques. Uréthro-prostatites.
- LEROY D'ETIOLLES. — Des angusties ou rétrécissements de l'urèthre.
- LYDSTON. — Hemorrhagic emission. *New-York Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1894.
- MARADEIX. — Thèse de Paris, 1903. Déférentite, vésiculite et péritonite blennorrhagiques.
- NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale, V, 1859.
- PEEBLES. — A. Monorchide with red-semen. *Maryland N. J.*, Baltimore, 1890.
- PARÉ (A.). — Œuvres. Edition Malgaigne, liv. XVIII.
- PICHON. — Thèse de Lyon, 1900. Vésiculite des prostatiques.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires, 2^e édit., 1904.
- PRAT-DUMAS. — Thèse de Paris, 1898. Tuberculose des vésicules séminales. Traitement.
- RAPIN. — Thèse de Strasbourg, 1859. De l'inflammation des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs.
- RECLUS. — Traité de pathologie externe.
- RELIQUET. — Coliques spermatiques, 1880.

REYT. — Thèse de Paris, 1900. De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

ROBIN. — Traité des humeurs, 1867, p. 331 et suiv.

SAUVAGES. — Nosologia methodica, sistens morborum classes, 1772.

TESTUT. — Anatomie descriptive, IX, 1900, Paris.

TILLAUX. — Anatomie topographique, 11^e édit., 1903, Paris.

TISSOT. — De l'onanisme. Paris, 1872.

VIAUD et JOLYET. — Physiologie.

VIDAL DE CASSIS. — Pathologie externe, 1860.

WOOD RUGGLES (E.). — Hematospermia. *The American Journal of Urology*, février 1907, New-York.

usues ou rétrécissam

